Canadian Centre for Occupational Health and Safety

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

Proceedings of the

"Occupational Medicine, Medical Surveillance and Human Rights: The Way Forward"

Workshop

P86-20E

87-02788/

Canadian Centre
for Occupational Health
and Safety

Proceedings of the "Occupational Medicine, Medical Surveillance and Human Rights: The Way Forward" Workshop

Hamilton, Ontario

March 19 - 21, 1986

Canadian Centre
for Occupational Health
and Safety

PROCEEDINGS OF THE "OCCUPATIONAL MEDICINE, MEDICAL SURVEILLANCE AND HUMAN RIGHTS: THE WAY FORWARD" WORKSHOP

CCOHS NUMBER P86-20E

ISBN 0-660-53376-6

DSS CATALOGUE NUMBER CC273-2/86-20

This publication is available
in both official languages.

Cette publication est disponible
dans les deux langues officielles.

While the Centre endeavours to ensure the accuracy and completeness of information provided, it is understood that the Centre makes no warranty as to the accuracy or completeness of such information and assumes no liability for any damages or loss suffered as a result of any inaccuracy or incompleteness therein.

Published 1986

Additional copies available upon request.

250 Main Street East
Hamilton, Ontario
L8N 1H6
(416) 572-2981
Telex 061-8532

The Canadian Centre for Occupational Health and Safety

The Canadian Centre for Occupational Health and Safety is the national information resource in occupational health and safety. It is federally funded, governed by a Council of Governors representing government (federal, provincial and territorial), labour and employers, and it reports to Parliament through the Minister of Labour.

The Centre gathers, analyzes, interprets and disseminates understandable occupational health and safety information through responses to inquiries, publications, creation of computer databases, and access to these and acquired international data bases through a national network of connected organizations. Services are provided free in English and French; the identity of inquirers is kept confidential.

The Statute

The Canadian Centre for Occupational Health and Safety Act, 1978, states that:

5. (1) The objects of the Centre are

(b) to facilitate

(i) consultation and cooperation among federal, provincial and territorial jurisdictions, and

(ii) participation by labour and management

in the establishment and maintenance of high standards of occupational health and safety appropriate to the Canadian situation.

Background

By the fall of 1985, there were signs that organized labour and, to some extent, employers were increasingly concerned about social and administrative problems arising out of medical surveillance, which was more and more becoming legislated in Canada.

Evidence of concern about medical surveillance had been seen in the various inquiries coming to the Centre and in the requests to staff for speeches and papers on the subject from Human Rights commissions, labour unions, provincial governments and various organizations concerned with occupational health and safety.

In the spring of 1985, the Energy and Chemical Workers' Union, facilitated by the Niagara Institute assisted by CCOHS, had held a successful conference which brought together labour, management, and physicians to discuss medical surveillance.

The Centre's Executive Board and Council agreed that the Centre could perform a useful role of facilitation by bringing together people able to discuss and make recommendations about the issues which had surfaced, and which were causing or which could cause serious difficulties.

Background
continued

A Planning Committee of labour, employers, occupational health professionals, and the Canadian Human Rights Commission, met at the Centre in November to plan the workshop. Lists of invitees were submitted to the Centre by members of the Planning Committee.

The services of private sector consultants were contracted by the Centre to assist in program design and workshop facilitation. Dr Fraser Mustard, President of the Institute for Advanced Research, was the keynote speaker; his topic ''Ethical Issues of Biomedical Developments'' was highly relevant to the workshop discussions.

The Workshop

Describing the role of the Centre in this workshop to the 52 participants, Martin O'Connell, Chairman of the Council of Governors, outlined how the objects of the Centre related to the facilitation of the workshop.

The workshop opened with a panel discussion, chaired by Gordon Atherley, President and Chief Executive Officer of CCOHS. The stakeholders were represented on the panel by:

Professionals in occupational health and safety - Dr John Cowell, President Occupational Medical Association of Canada; Human Rights - Jennifer Stoddart, Director of Policy and Research, Canadian Human Rights Commission; Public Health - Dr Brian Gibson, Department of Public Health, City of Toronto; Labour - Jim Turk, United Electrical, Radio & Machine Workers of Canada (UE); ECWU Post-Conference Results - Stu Sullivan, Energy and Chemical Workers' Union (ECWU)

Small mixed-group discussions centred on defined tasks and identified the issues for participants to consider in the last homogeneous group session, which would lead to recommendations.

The workshop participants discussed the issues in the tripartite groups and reported to plenary sessions. In the last homogeneous group session, each group reviewed the product of the tripartite discussions and outlined the way forward for its own constituency.

During a plenary session, Dr Ernest Mastromatteo, who had chaired the Federal Task Force on Health Surveillance of Workers, briefly described some of the tests which were found valid for certain conditions or hazards and others which had not.

Recommendations were made to the last plenary session by Mr Frank Hubbard, Manager, Labour Relations, Polysar Limited, reporting for employers; Dr John Cowell, reporting for occupational health professionals; Mr Rae Erskine, ECWU, reporting for labour.

The reader will find in the conclusions of the workshop that there were broad areas of agreement, some areas of disagreement, and issues identified as still needing to be resolved.

The Workshop
continued

Broad areas of agreement were:

- voluntary medical monitoring, except where the health of the worker or others could be endangered,
- the need to look at various models of delivery of occupational health services,
- the need to develop trust,
- the need for information to the professional and the worker.

Issues to be resolved are:

- independence of occupational health professionals,
- misuse and withholding of information,
- employment security,
- training and certification,
- ownership and access to medical records.

The Canadian Centre
for Occupational Health and Safety
is facilitating a Workshop

OCCUPATIONAL MEDICINE, MEDICAL SURVEILLANCE, AND HUMAN RIGHTS
THE WAY FORWARD

March 19, 1:30 pm to March 21, 1986 at 12:30 pm
Sheraton Hamilton Hotel, Hamilton, Ontario

PARTICIPANT AGENDA

Wednesday, March 19, 1986

1:30 pm	Welcome and Introduction to the Workshop Dr Gordon Atherley, President and Chief Executive Officer, Canadian Centre for Occupational Health and Safety
1:45 pm	The Centre's Role at the Workshop Hon Martin O'Connell, Chairman, Council of Governors, Canadian Centre for Occupational Health and Safety
2:00 pm	Panel Discussion, Chaired by Dr Gordon Atherley "Medical Monitoring Views"
3:00 pm	Questions from the participants
3:30 pm	Break
4:00 pm	**Workshops** — Task: Define what labour and management expect from occupational health professionals

- Conflicting values and role responsibilities
- Ethical codes of conduct
- The right to choose a physician
- The right not to be discriminated against on grounds of ill health or disability

5:30 pm	Break
6:30 pm	Reception
7:00 pm	Dinner
8:30 pm	Speaker: Dr Fraser Mustard, President, Canadian Institute for Advanced Research. Topic: "Ethical Issues of Biomedical Developments"

Thursday, March 20, 1986

9:00 am	**Workshops** — Task: Define the services occupational medicine can and cannot provide.
	• Is occupational medicine preventive medicine?
	• Can medical tests predict future health status of workers?
	• Information and education about occupational health?
	• The right of employees to skilled medical advice in all aspects of the work-health relation.
10:30 am	Break
11:00 am	Plenary Reports on what labour and management expect from occupational medicine and the services occupational medicine can and cannot provide
12:30 pm	Lunch (on own)
2:00 pm	**Workshops** — Task: Define what medical surveillance can and cannot do.
	• Is mandatory monitoring justified?
	• Guidelines of medical surveillance
	• Increased legislation/voluntary participation
	• The right to refuse medical monitoring
4:00 pm	Break

4:30 pm	**Workshops** — Task: Define the social and administrative problems arising from medical surveillance. • Privacy and the need/right to know • The right to know of hazards of the work environment • The right of employees to have access to their own health records and test results and any work-related medical procedures, ie medical monitoring, its purposes and medical and social risks • The right to procedural protection • Storage and control of health information
6:00 pm	Dinner (on own)
8:00 pm	Plenary Reports on Medical Surveillance: what it can and cannot do and social and administrative problems arising from medical surveillance

Friday, March 21, 1986

9:00 am	**Workshops** — "The Way Forward" • Recommendations • Directions for the future (Groups composed separately of labour, management, and occupational health professionals)
10:30 am	Break
11:00 am	Plenary Reports on "The Way Forward"
12:15 pm	Implications of the Workshop Hon Martin O'Connell
12:30 pm	Close of Workshop

Chairman's Opening Remarks

Good Morning, Ladies and Gentlemen:

It is a pleasure for me, on behalf of the Centre's tripartite Council of Governors, to join Gordon Atherley in welcoming you to this workshop. A number of my colleague Governors are participating.

We, on Council, approach this first workshop with considerable interest--interest first, in the very important subject matter you are discussing, but interest also, in the development by the Centre of further facilitation roles, all based on its core mission as national information resource. It may be helpful if I explain how we are evolving into facilitation roles.

To facilitate means to make easier. In this case, the Centre makes easier the coming together of the principal parties to certain important issues. They, the parties, address the issues collectively. They generate the outcomes collectively--outcomes that broaden areas of agreement, identify divergencies, and that leave the parties in a more informed position to contribute to high standards of occupational health and safety in Canada. In this sense, the workshop belongs to the parties. It is their interaction that produces the products of the workshop, and it is they, the participants who, either jointly or severally will, in the normal course, make use of the workshop results in ways appropriate to them. The Centre facilitated the process.

Generally, a workshop brings together persons involved in occupational health and safety who come from various fields depending on the circumstances. A planning committee representing the different groups may prove necessary. The Centre, for its part, can make a significant contribution thanks to its information resources and the scientific and technical data which it can make available to participants. The Centre does not impose its views, it does not try to instruct. It simply makes it easier for the interested parties to reach their own conclusions and progress at their own pace to attain high levels of health and safety in the workplace.

On some other occasion than this, for example, a *workshop* might be asked to consider priority areas for research in occupational health and safety and ways of supporting that research. On another occasion, a joint labour-management *working group* might be facilitated in its response to a consultative document dealing with a proposed standard of hazard control.

In these examples of future possibilities, you will observe that interaction, consensus-building, and decision-making lies with the principal parties in workshops or working groups and that the Centre's role as facilitator would be to assist them to interact in well-defined circumstances, to be supported with an information base, and to reach as much actionable consensus as possible.

A comprehensive, credible information base is a key resource on

Chairman's Opening Remarks
continued

which to achieve workshop progress. The Centre is that significant information resource and more. It is of particular interest as information resource because the principal parties in the workshop can be seen to be represented on its governing body. When, therefore, for their collective purposes, they utilize the Centre as facilitator, they are, in effect, utilizing the very information resource whose development as a resource they as stakeholders are guiding. This form of facilitation clearly leaves the parties and the jurisdictions with their respective responsibilities and authorities intact but interacting in a unique information milieu not found elsewhere, a combination of factors I believe of great promise. That promise is engaging the close attention of the governing Council.

In effect, Council sees the Centre's success in firmly establishing its unique information service, it observes the broad and rapidly increasing use of that service, observes the confidence with which the Centre's information service is used and it is now in the course of looking at the next stage of the Centre's development. It is looking at facilitation roles such as I have described here in which the Centre's information service is the raw material used by the parties to lead occupational health and safety to ever higher standards.

On behalf of the Council of Governors, I would like to wish all concerned the best of luck in the workshops. We may all wish each other good luck since we are working together with one accord.

The Panel Discussion

The workshop opened with a panel discussion chaired by Gordon Atherley, President and Chief Executive Officer.

Panelists

John Cowell
President
Occupational Medical Association of Canada

Jennifer Stoddart
Director of Policy and Research
Canadian Human Rights Commission

Brian Gibson
Area Physician
Department of Public Health
Environmental Protection Office
City of Toronto

Jim Turk
Research Director
United Electrical, Radio & Machine Workers of Canada (UE)

Stu Sullivan
Ontario Coordinator
Energy and Chemical Workers' Union (ECWU)

Panelists
continued

Gordon Atherley challenged each with a quote or headline from a newspaper or other article, to identify stresses and strains in occupational medicine, medical surveillance and human rights.

Gordon Atherley

This one is for John Cowell: "Health Clinic Plans to Expand" - *Toronto Star*, "Workers need independent medical and scientific information because sole reliance on company and government doctors can be dangerous to their health". John, how would you identify the stresses and strains, and does legislating medical surveillance increase or decrease the stresses?

John Cowell
President of Occupational Medical Association of Canada

The issue of professionalism is one that deeply concerns our Association; it has been brought into focus with the work of the Canadian Board of Occupational Medicine which has been around now for a little over six years. Its mandate is to do in-depth peer reviews of the qualifications of occupational health physicians and to assess their ability to practise occupational medicine. It focuses specifically on physicians, and it recognizes the fact that historically in Canada there has not been any standard-setting body or peer group review for people in the medical world who wish to practise occupational medicine. Up to now, medical people have been able to wake up one morning and say, "Today's the day I will become a specialist in occupational medicine." They come from many different backgrounds in medicine; the fact of the matter is that it's not that easy to become a good occupational physician. It's probably one of the most difficult of all the specialties because so many non-traditional interests focus their attention on every decision made by an occupational physician, so it's not surprising that, in the past, physicians have fallen into situations where they, perhaps, haven't made perfect decisions, and have laid themselves open to criticism.

I think the quote also focuses on the fact that employers, unions, and employees' expectations of what an occupational physician can or cannot do are sometimes pretty blurred. Governments, too, don't really know what exactly occupational physicians can or should do. So over the last number of years, we have been defining just exactly what this specialty of occupational medicine is. This effort has taken on even greater significance recently because the Royal College of Physicians and Surgeons has now recognized that occupational medicine is a distinct specialty. We are now going through the process of setting up training and examination programs for medical doctors who wish to specialize in the field of occupational medicine.

Out of that process there will be standards of training and practice established and a renewed look at the ethics of the practice of occupational medicine. It really will, I think, in the end help everyone who

John Cowell *continued*

is concerned--labour, employers, employees, governments and the occupational health physician--to know exactly what it is we can or cannot do. What we are really talking about here is a mistrust of what physicians are doing in this field, a feeling that there are all kinds of hidden agendas. It is implied that somehow a physician needs to be independent to make an ethical, objective, and scientific decision. No one is going to argue with that, but it takes time for employers and unions to understand what physicians can do, and it takes time for physicians to understand what they can and cannot do.

I am concerned that distrust exists. I think it is going to take a while for the physicians to earn trust, but it is incumbent upon labour and employers and government people to give that process a chance to work.

Gordon Atherley also challenged me with a second question, "Does legislating medical surveillance increase or decrease the stresses?" Well, obviously, with increased professionalism and competence, we are going to reduce the stresses on the whole process, so I don't know that legislation is necessarily an answer. I think legislation that has been well thought through and assigns roles and obligations in a fair minded way is going to reduce stress and is necessary. We need guidelines and we need reference points; otherwise we are all going to be wandering around in different directions. So I think wise legislation is going to reduce stress. Arbitrary and inappropriate legislation with no good scientific basis is just going to get everybody frustrated. So I guess it's two sided.

I don't like medical surveillance as a term; I think it is a misuse of the Queen's English; "surveillance" is kind of a nasty term anyway; it implies somehow police action and that's not what it is all about. "Medical" isn't right either because it seems to focus on a professional group as opposed to what we are really looking at which is the health of workers. So let's get health in there because we are really assessing someone's state of health. I like to think in terms of health evaluations or health assessments. There are really four different kinds of health evaluations. There may be subsets, but there are four general groupings and ethical and human rights issues are different for each one of these. Let me just run through them.

Fitness-to-work examinations evoke an entirely different set of issues as compared to *biological monitoring*. If you confuse fitness to work with biological monitoring, you are going to get yourself tied up in knots, and I hope that in the workshops today and tomorrow we are going to get these two types teased apart. The human rights issues are different, and the way in which you do them is quite different. Fitness-to-work examinations are specific examinations that determine whether an individual's health in relation to a specific job will result in a hazard to the worker or others. Biological monitoring on

John Cowell *continued*

the other hand is a specific examination focusing on a specific occupational hazard.

Acute care in the workplace is treatment for acute injuries or illnesses. That's very much like traditional medicine, but occupational physicians really only do primary interventions at the worksite. They don't usually carry cases beyond the first contact--the case is turned over to others and the occupational health physician remains in the background, usually in a consulting or advising capacity.

The last kind which sometimes gets dragged into this discussion (and that upsets me) are the *periodic health reviews* that are sometimes done in companies. Periodic health reviews are, in my view, voluntary; they are a company perquisite; they are offered by management often as part of a health promotion scheme, and they have very little to do with occupational health. They are often done by occupational health professionals or managed by them, but they have no relation to employability, and that is a principle that is well-accepted throughout the profession. Fitness to work affects employability, biological monitoring might also, under some circumstances, but with very careful rules. Acute care is medicine. Health promotion is just that--it's like running a fitness centre. An underlying principle to keep in mind is that all fitness-to-work examinations are based on the question--is this individual going to be a hazard to him/herself or others when working in a specific job for which specific health standards have been determined prior to the examination?

These examinations, at the pre-placement stage for example, are done after a job offer has been made so that there is no discrimination for a physical disability. The health evaluation is done strictly to see whether or not someone would be at risk or be a hazard in that job. I could spend two days telling you how to do these examinations in a proper fashion. They *can* be done ethically and so that both the employee's rights and the employer's rights are protected. Biological monitoring is always secondary to workplace monitoring. The outcome of a biological monitoring program should not and cannot, and this relates to legislation, affect the basic employment relationship.

Medical ethics--I get really annoyed when people accuse me of somehow being unethical. When I got my MD, I automatically adhered to a code of ethics that relates right back to the Hippocratic oath. If somebody doesn't like the way I am doing things, there is a very good way of challenging me and that is through the College of Physicians and Surgeons, not through whomever I happen to get my pay cheque from because my pay cheque does not come from my licensing body; it is my licensing body that determines whether or not I can practise my profession, not my employer. So there is a good mechanism. Medical ethics mean something to me and virtually every other occupational physician I know.

John Cowell *contined*

You might be interested in the definition of Occupational Medicine--The Royal College and the Canadian Board define it as "a preventive medical discipline which deals clinically and administratively with the health needs of both individuals and groups with respect to their working environment and includes the recognition, evaluation, control, and measurement of occupationally-related diseases and injuries". You can see that focuses right down on the health-workplace relation.

Last thing, please let us not get confused between occupational health and occupational medicine--occupational medicine is what doctors do; occupational health is what a whole bunch of people do--nurses, doctors and others.

Gordon Atherley

Thanks John. Just to pick up an echo of what you are saying. Many of us here are health professionals. The issues of professionalization affect industrial hygienists and occupational health nurses, and not just physicians.

Other things which John brought out are principles, definitions, and then legislation. It is the legislation cue that now takes me to Jennifer's area, and I have the press report that is key in her area.

This is very recent--I think this is last Friday's *Globe and Mail*. The press report says, "Denied Jobs, Men to Get Lost Wages". I will read it to you:

> "A Manitoba mining company has agreed to pay lost wages to three men it declared medically unfit for work in 1983, the Canadian Human Rights Commission has announced."

Both men had been rejected for employment because of poor vision. The Canadian Human Rights Act forbids employers to discriminate on the basis on physical disability unless there are bona fide reasons.

The article implies stresses and strains between human rights and occupational health or occupational medicine in its job of medical or health surveillance. My question to Jennifer is, "What are the problems which the workshop should address if we are to arrive at a prescription for the relief of those stresses and strains? "

Jennifer Stoddart
Director of Policy and Research
Canadian Human Rights Commission

Thank you, Gordon. You have asked me to address the situation of the stresses and strains between human rights and occupational health and medicine. I would say, perhaps somewhat naively, that there

Jennifer Stoddart *continued*

shouldn't be stresses and strains if we all knew what we were supposed to be doing and were perhaps doing it a little bit better. The issue in the case you mentioned, as in almost all of our disability discrimination cases (and remember, this is only one area of The Canadian Human Rights mandate) is a classic case which involves the misuse of medical testing.

Gordon has spoken of the need to facilitate exchange at the workshop and that the basis of facilitation is information. There is so much misinformation and so much confusion and mystery about how Human Rights Commissions work, and particularly how they work in the technically difficult area of disability. I am going to run through an imaginary case for you that has all the principles involved in the Flin Flon case. It will give you an idea of how we work, of what principles we apply and, I think, with this knowledge, you can deal with human rights issues that may come up in the workshops.

When we advise employers on medical screening for employment, the approach we advocate, in general, is to limit medical examinations only to employees whose medical condition is directly related to their job duties and to limit employment medicals to candidates who have already received a conditional job offer because they have met the selection criteria in all other aspects. A medical assessment is relevant only when it measures the capacity of a person to perform the essential components of the job safely, reliably and efficiently. That last phrase comes from the Supreme Court of Canada decision. Discrimination on the basis of alcohol and drug abuse has only been a prohibited ground covered by the Canadian Human Rights Act since 1983, and we don't have a formal policy on this because very few cases have come forward.

Let's look at a hypothetical case, and let's look at the principles we would apply. Because it is topical, I am taking the hypothetical case of the federally-regulated employer who wishes to test all its present employees and to screen applicants for use of illegal drugs, and they come to us and want to know can we do it and, if so, how.

So let's take a look at the principles we apply in that case. First, as with the introduction of any employment screening criteria, an employer would have to show that drug testing is reasonably related to job requirements. It must prove that the use of the particular drug has a detrimental effect on something like an employee's concentration, ability to operate equipment, perform tasks efficiently and safely. It must prove that it would be a significant, contributing factor to such phenomena as increased absenteeism, industrial accidents or staff turnover, for example. Before introducing routine medical testing for drug use, an employer must have reasonable grounds to believe, based on objective evidence, and again I am quoting from Supreme Court of Canada decisions, that drug use is a problem in the work force and is interfering with employee performance.

Jennifer Stoddart *continued*

The second prerequisite in our analysis concerns the application of the medical test. A medical test can only be used to screen for the factor it was intended to evaluate. A blood sample that is used to screen for drug abuse could also be used to test for other medical conditions such as diabetes, pregnancy, even AIDS. This is a bit of a hypothetical example, with my apologies to the medical people; I am not sure if one uses blood tests for all that, but let's suppose you do. These secondary test results cannot be used to deny employment unless they could be proved to prevent an employee from meeting the essential requirements of the job.

From the cases that have come before the Commission, specifically in the areas of diabetes and pregnancy, medical evidence suggests that neither condition prevents an employee from effective performance of most jobs.

A case we have now before the Supreme Court of Canada is a well-known case in which the contentious issues involved a physical test that required applicants to lift, carry and replace an 83-lb weight moving it over 80 feet. While the employer maintained that the test measured an essential duty of a trained brakeman, investigations showed that on the job, the operation was in reality carried out by two people. The physical test did not measure what it was designed to and acted as an effective screen to women being hired. Now this is a simple and simplistic test, but I think you can apply it to far more sophisticated medical testing.

The Commission looks very carefully at the application of medical monitoring for evidence that the test is a smoke screen, used consciously or from force of habit, for excluding specific groups of people from employment or services. The previous example showed evidence that a physical test was excluding women in inordinate numbers. We all know now that the establishment of height and weight restrictions can rarely be associated with specific job duties, but that they act effectively as barriers to some ethnic groups and to women. The Commission recognizes that discrimination does not occur, on the other hand, if an employer can establish a bona fide occupational requirement, but we do expect that an employer must make reasonable accommodation for workers' limitations or special needs without incurring undue hardship or contributing to unsafe working conditions for other workers.

This brings us to a third factor in this hypothetical case. If an employee were found, by way of the employer's test, to have a drug dependency on an illegal drug, what positive steps could employer and employee take to solve the problem? Here the Human Rights Commission would expect, for example, that, following the principle of reasonable accommodation, the employer would take some positive steps, such as suggesting an employee assistance program or something of a

Jennifer Stoddart *continued*

similar nature to the employee rather than turfing him or her out the front door.

These are the basic principles that we apply, and the problem that we encounter in our work is either misunderstanding or misapplication of these principles that I can see to some of you are already crystal clear.

So some of the issues for the workshops that I would suggest that we address are, first of all: how and why do medical standards and their use in the workplace continue to be misused? Do you agree that human rights principles which apply in every province and the Federal jurisdiction are not well enough known and what, from your perspective, could we do to make them better known? If employers and health professionals were following these standards themselves, I think we would all save the taxpayers time and money and you wouldn't have to come to the Human Rights Commission.

Why, and I am saying this fairly naively, because I am not an occupational health specialist, why are tests not better validated? Why do there seem to be so many tests that come before us where we have quite a dissent of expert opinion as to whether or not they really do serve as accurate indicators of the condition they are supposed to test for and whether they can predict, with any accuracy, performance on the job? That's a question for the professionals of occupational health.

Finally, how does the fact that we need better mechanisms for dispute resolution relate to occupational health issues in the workplace? This, of course, cuts across various jurisdictions--I can only speak for the federal jurisdiction, but increasingly, the Canadian Human Rights Commission is looking at the growing importance of disability discrimination and the growing awareness on the part of disability groups of their right to equal opportunity to gain their livelihood and access services; there is increasing sophistication of the issues, increasing difficulty for Human Rights Commissions to decide on issues which are becoming more and more medically technical and more and more occupation-specific.

So what better tripartite mechanisms, perhaps on the model of the Canadian Centre for Occupational Health and Safety, can we set up—either formal or informally—to keep a lot of these cases away from Human Rights Commissions and in the hands of the people most knowledgeable about them?

Gordon Atherley

Thank you, Jennifer. I want to pick up some echoes from you to feed into the next part of the panel. The question of validation of tests puts in our minds AIDS testing. That certainly has been an anxious issue,

Gordon Atherley *continued*

where people have demanded testing to know whether they are at risk from others from AIDS. This raises the question of whether you can do a blood test and tell whether somebody has got AIDS or is going to get it. Validation of that test becomes a matter of anxiety as well as science and medicine, so the issues are certainly urgent.

Brian, the press report I have for you is a headline, *Toronto Star*, "Drug use doesn't justify testing, police boss says". Basically the story is about drug abuse within the Metro police force which, according to the police commissioner, isn't that serious. Said the Toronto police commissioner, "I'm not against anything that improves the force, and if there is a problem, we will react to it, but I just don't think there is a problem". And then he goes on to say, "We would not like to see mandatory testing. It is totally wrong, it projects a wrong image. I don't like to see something like this rearing its head".

Community health, or public health, is a sister discipline to occupational health. It's faced a lot of the same problems and there is a lot of parallelism. This press report, Brian, shows that mandatory testing can be, or is, a stress and a strain. At least it was so in the eyes of one police chief. AIDS reveals other stresses and strains connected with sensitive medical data. How are such stresses and strains prevented or relieved in public health? What lessons from public health should be kept in mind at this workshop?

Brian Gibson
Department of Public Health
City of Toronto

Thank you Gordon. I think I will try to weave some of the things that Jennifer said and some things about drug testing with an experience that I recently had in looking at the City of Toronto Health Department's AIDS policy into making two fundamental points: one thing that you need is good science, and the other thing that you need is good politics when you are dealing with a question of potential health risk or health problem.

Public health has always been interested in the community in general, rather than individual patients. Public health has gone through some of the things that are happening around screening and dealing with programs for controlling health problems in the occupational area. In dramatic fashion, maybe 50 years ago, or I should say, more like 65 years ago, 70 years ago, there were basic public demonstrations in the City of Toronto against compulsory immunization against smallpox; today, we believe that getting rid of smallpox was a nice idea, but 70 years ago what was being done was not being done in a scientific fashion, and it was not being handled very well.

The question of good science is, what does the test really tell you? All these measures are in some way simple, they are screening tests

Brian Gibson *continued*

trying to identify people who are likely to have some condition or to be at risk of something and to sort them out from those who aren't; in that process, you are basically putting a label on somebody. Once you have put that label, you have to decide whether there is something that you know about what that means for the future. The third critical factor of whether you are dealing with a good test is whether there is some way that you can intervene.

The difficulty with drug testing on recruits is that the lab test may be fairly accurate in deciding whether or not that person has taken a drug in the last 24 hours or has some alcohol in the bloodstream; but if you look at that sort of labelling to tell you whether or not that person is addicted, whether or not the use of the drug impairs future functioning, and whether or not the use of that drug or habit is going to change in the future in a negative direction, the test doesn't tell you any of that information.

With AIDS screening, the initial desire was to prevent blood with the AIDS virus in it from being used for transfusions; the screening process was set up to protect other people from that risk and then the question became, "What do you do with the information?" You want to do something to help the person the test shows to have been exposed to AIDS, but you have problems. We do not know what is going to happen in the future. We do not know the medical history, what percentage of people exposed will actually come down with the disease, and we do not have any effective interventions at this point. The only public health intervention at this point would be to advise the person to be careful about spreading it around. In dealing with that scientific question, you are looking at the stresses and strains associated with labelling somebody falsely as positive and the consequences of labelling somebody falsely as negative. In fact the way the AIDS test screening was designed, it was designed to reject the maximum number of units of blood so that very few units of blood that had AIDS virus in it would get into the blood bank. The blood was subjected to further tests so that in terms of those individuals who ended up being reported to a medical officer of health as actually having been exposed to the virus, there would be very few false positives.

The second thing that I think public health has had some experience with is dealing with mandatory and voluntary programs in trying to get something done. The public health tradition actually grew out of a German tradition of health police at the end of the 19th century where there was a very strong component for the social good and protecting everyone; they would go in and do what is best for everyone whether or not people liked it. Much of the actual resistance to what were seen as compulsory measures in public health was coming out of a British tradition, and this was all happening over fights over immunization at the time of the First World War, so it had some political context as well.

Brian Gibson *continued*

Public health, in fact, under the Health Protection and Promotion Act, has powers to compel people to be tested and treated for communicable diseases such as venereal diseases. This is quite sensitive in terms of the way people see their civil liberties. One of the questions that is very important, is not only, "Do we have good information?", but whether in fact this test tells us something that we should act on and whether we could do something about it that's helpful.

You also have to be effective in what you do. The doctor advises you that your blood pressure is high, that you may get strokes if you do not take your blood pressure pills. It is not a question of whether the pills work, but it is a question of whether you actually comply and take the pills that determines whether or not the risk is prevented. It would be very nice to say that yes, you have been identified as being a carrier of the AIDS virus or other venereal disease; that yes, we want to treat you and who have you been sleeping around with? However compulsory you may not want to be, if you don't get that information, a fair bit of what you're trying to accomplish in terms of actually improving the health of people is lost.

A mandatory program only works, and this has been the public health experience, if in fact it in some way gets better cooperation in the measures that are necessary to prevent the problem. In many cases, it does not work; public health has had to learn that although you have the legal authority to do some very police-like things you simply do not use that style if you want to get anywhere in doing something about the problem.

In some cases, where everyone sort of understands what is going on, such as in compulsory immunization for school children, where you can object if your religion or philosophy tells you that you don't want to do that--mandatory programs have worked. Two other lessons are that no matter how much you intervene in public health and treat venereal diseases, what you want is to prevent something happening in the first place; but screening programs are not primary prevention--they don't solve the problem. The only way of dealing with it is after the fact and reducing the risk later. One other lesson is that in public health you are concerned about what happens with the information or what are the consequences in the overall system.

If you put a program in place, is it doing something worse than what it is supposed to? Yearly x-ray screening for lung cancer secondary to asbestos is going to cause a lot more cancers than you are going to find or prevent or do anything about. The question of AIDS screening is that once you create a list of people whom you want to deal with to prevent the spread of the disease as a communicable disease, is that information going to get into the hands of employers and be used as grounds for discrimination, even though, in human rights terms, that is illegal?

Brian Gibson *continued*

I did a report for the Health Department on the use of electroshock. Some people argued that this simply fried people's brains, but I had to say that it could work if someone really understood what the process was about and freely consented to it with the doctor. It was actually being abused so often and applied inappropriately that society would have to say that even though it could work, it isn't working; I think that's also a question about some screening programs in occupational health.

Gordon Atherley

Thank you Brian. A number of points there that I again echo. The point that something good must come from this monitoring is a key one. In Montreal, a colleague of mine, Dr Raymond Hétu, an audiologist, has coined a term to describe the process whereby nothing comes from the medical monitoring. He calls it "medical voyeurism"; I think that rather neatly captures what you are saying. You made a very nice apposition between good science and good politics, and you said that they both had to be got right. I think that's a good bridge into the next contribution to this panel by Jim Turk.

Again, this is a press report; the person I am quoting is Jim himself so he can't plead ignorance. Now what Jim is commenting about is the action or rather inaction relating to occupational noise. There is a headline to this, it says, "Government silence on noise in workplace deafening, groups say", and I think that is a very nice play on words.

Jim, you are quoted as saying, "Employers in the government are talking about hearing conservation." I think you imply here the stress and strain coming from the difference in approach between on the one hand, hearing conservation and on the other hand, noise reduction. Medical monitoring, medical surveillance, whatever we call it, audiometry and so on is seen by many people as a mandatory part of hearing conservation. My question to you then is, what issues, ethical, scientific, economic, political, any that you like, should the workshop address about the stresses and strains which you have in mind when you make the separation between those two things?

Jim Turk
United Electrical, Radio & Machine Workers of Canada (UE)

I am pleased that Gordon Atherley asked me to comment on the one statement in the article that I did make. Everything else attributed to me in that article is incorrect, but that statement isn't.

I want to preface what I am going to say, since it will be controversial, I hope, with the statement that I have no doubt that everyone in this room has a genuine commitment to the health and safety of

Jim Turk *continued*

workers and promoting it. I feel the need to make that statement at the outset because we often get into rather bitter disputes about how to proceed in achieving that goal and often those disputes lead to accusations that one or the other of us doesn't have that commitment. I think we do have that commitment but I think the problem is the one that Gordon pointed to--that of the stresses and strains which flow from the fact that in this business there are not answers, but choices.

Professional competence and technical knowledge are absolutely essential, but in the end, the choices always have to be political ones, though I hesitate to use that word. The decisions are based on the best judgment that those of us able to make the decisions can bring to it and the priorities that we have; they cannot, in the end, be resolved on strictly technical or professional grounds and that creates a dilemma for all of us. But I think far from shying from it, far from pretending that if we achieve a certain degree of professionalism, we will get above or beyond those kinds of choices, to recognize that that's the nature of the business we are all in; let's address that and talk about those priorities and some of the differences.

This brings me to the quote that is correctly attributed to me. When I was counterposing hearing conservation with noise reduction, it was an attempt to be overly glib about a fundamental difference that I see. When I say we, I am talking about labour, but as you know in this business there are not only differences between business and labour or among business, labour, and government; there are differences within each of our houses as well. When I am saying we, I am not pretending to speak for all of labour but certainly for a significant portion of the people on the Ontario Federation of Labour Occupational Health and Safety Committee which has spent a good deal of time talking about this issue.

There are some of us who feel that the priority should be on the elimination of the hazard at the source and that's what I am alluding to with noise reduction; there are others who put a different emphasis or choose a different set of priorities. They are more tolerant of the hazard at the source, and they attempt to deal with protecting people by not allowing those who are more susceptible to the hazard or who have suffered damage that will make them more susceptible, into the workplace in the first place; others who will provide protective devices and equipment to minimize exposure and emphasize the monitoring, medical surveillance, medical monitoring, health evaluation, what you will, in order to remove persons who have suffered damage despite the use or non-use of protective equipment.

The noise example is only one. A fews days ago, we were in a meeting with one of the employers we deal with who announced to us that in a small shop they were introducing a process where they would have to use isocyanates. They wanted the workers to be examined prior

Jim Turk *continued*

to the introduction of it to get a baseline and to have a physician indicate which workers were not fit to work with isocyanates. We would have the choice of the physician, and the company would pay the lost time and provide a cab to each of the five workers to be examined; the only condition was that the physician had to indicate who was fit and who was not fit. When some of the workers started saying, "Well if we are deemed not to be fit then that means that we may not be able to continue our employment here if there is a layoff, because it is a small shop and really requires each of us to be able to do this work. Right now when we have a lot of other work, that is fine. When we lose that other work, if we are not able to work on the new isocyanate process, then we may lose our job". One of the health professionals on the employer's side said, "Isn't it difficult, as a professional, having to deal with these kinds of labour concerns--doesn't that compromise you?"

I felt like saying: "Equally, doesn't it compromise you that you're here telling us that these workers have to live with the danger of isocyanates instead of telling your employer to find alternative ways of doing the same work that doesn't endanger workers to the same degree." We have the same objectives, we have different choices.

I think what the dispute is in this contrast between hearing conservation and noise reduction is the emphasis, whether the emphasis is on preventing the primary exposure or on preventing workers from entering into a situation where they are going to be exposed, and monitoring them to remove them when and if they suffer health damage. I would argue that it is those of us who take a strong line on noise reduction who put the highest priority on prevention. Often in these discussions, medical surveillance or medical monitoring somehow is treated as being part of prevention; it is not part of prevention, and I think our debate here may be on the priority of prevention.

The choice that is made by governments and by businesses is whether exposure will be more strictly limited through substitution or effective engineering controls, or whether an unsafe level of exposure should be tolerated, with whatever attempt there is to introduce protection after the fact and to either prevent hypersusceptible workers entering into the situation or to remove them if they develop disease.

However much all of us don't like it, present government standards in every jurisdiction in Canada are standards that allow levels of exposure which we know will cause disease in some percentage of the work force. In the case of noise, we know that the level being contemplated is 90 decibels and we know that at 90 decibels, there is going to be hearing loss. In the case of isocyanates, the ceiling is .02 parts per million and the average is .005 parts per million, and we know from scientific evidence that a not inconsiderable percentage of the workers exposed at those levels will become sensitized or will develop other problems.

Jim Turk *continued*

One can go through the list of our lead standards which are three times the American standard. The fact that we have to deal with is that those in the position of making decisions have opted for the route of allowing higher levels of exposure and then trying to protect through protective equipment and other devices and through monitoring. We feel that the issue of monitoring, in turn, is based on a number of premises for which we have serious questions, and much of the remainder of this workshop identifies some of those questions, identifies some of those problems.

Gordon Atherley

Thank you Jim. What I hear you asking us, among other things, is what really is prevention -- is it preventing the conditions in the workplace from damaging people's health or is it preventing deterioration in health by moving people from the hazard? I think that is one of the issues.

I bring back the point of politics. In the end, the decisions in society are made by governments who are elected by political processes. We have had two speakers who have drawn our attention to this point, because there is a good deal of legislation involved in what we are talking about, whether it's Human Rights legislation or Occupational Health and Safety legislation. Many professionals are themselves the creatures of legislation because, by courtesy of the Health Disciplines Acts that John was talking about, we get our mandate to do what we do professionally.

Now I want to do the linking piece to Stu. You were talking about choices, Jim, being causes of stresses and strains, and we are looking at a way of resolving them through information and understanding. I earlier made reference to the highly successful Energy and Chemical Workers' Union Conference on this same subject which was the forerunner of what we are doing now. Some of us were there and some weren't.

To give Stu a focal point in what I am going to address to him, I found him a press report, in the *Occupational Safety and Health Reporter*, and the headline is "Discriminatory implications may end human monitoring, Ashford speculates". Nick Ashford is one of the writers in the field, who wrote a very good book which many people refer to. He certainly carries intellectual influence in many aspects of the field. The press piece says, "The discriminatory implications of human monitoring to remove workers from hazardous environments may eventually mean the end of such testing". He termed human monitoring "a problematic activity in most instances due to the often unreliable and non-specific techniques used", and I think that's an echo of Jennifer and Brian's points about the science. Then it goes on, "we emphasize the issue of accuracy and reliability and predictability . . . As a result, arbitrary judgments are often made by

Gordon Atherley *continued*

employers who are looking to avoid product liability suits or increased worker compensation premiums.''

Then he pointed out a company where black workers were dismissed because of the possibility that exposure to organic chemicals would increase their chances of sickle cell anaemia. Stu, I would like to pass the question to you about the stresses and strains that Ashford is pointing out, some of which may well not be relevant in Canada; how far did the ECWU conference go in prescribing relief for those particular stresses and strains and what should our workshop examine so that we can improve on the ECWU prescription? In other words, how far did you get and how much further do you think we should go in dealing with those kinds of issues? Stu.

Stu Sullivan
Energy and Chemical Workers' Union

Thank you Gordon. Director Basken asked me to come in his place last week, and I am glad to be here. The ECWU conference was a unique experience because we had invited, even though it was sponsored by ECWU, members of management to be in attendance. We selected various corporations that we deal with and asked that they have representation there and we asked that the medical, professional people also be in attendance. So we had a very broad section of the industry we deal with along with the professionals as well as members of our union.

I think when we went into that Conference, there were certain preconceived ideas that our members had of company doctors and that is how they were referred to--that company doctors were nothing more than detectives, aspirin dispensers, that they were there to basically uphold the position of management. That was the perception that we had and I am sure that, from the management perspective, there was a certain feeling that workers were often people looking for an excuse to minimize their work time and that illness was the most commonly used method of getting out of work.

One of the comments that came out of that Conference which was very positive--we heard people say it was the first time that they had ever attended a Conference and had their minds changed. I think that, as a result of that Conference, we began to understand some of the problems; we understood the problems faced by workers, but we began to understand some of the issues and problems as management and as health professionals saw them.

In the outcome of that conference we deal with some of the points, in fact all of the points that are raised in that article in some form. As a result of that Conference, there was a decision made that we would develop a policy which would go to our Executive Board for approval; and the policy would then be submitted for final approval to

Stu Sullivan *continued*

our national convention in July for final endorsation. Now I think the best way to deal with the question is to simply deal with our policy--what the outcome was.

Number one is we use the term "occupational health and workplace monitoring", because really that is what we are talking about; the objective of the policy is to help local unions and their members prevent and eliminate occupational illnesses, disease and injuries. Implementation of an occupational health and workplace monitoring program must be by agreement with the union and the company. This was a key ingredient, seen as essential. Among other things, the program must provide the following.

- The national union office approval of a health and workplace monitoring program prior to its implementation.
- The program will be developed, implemented and pursued jointly through continuing dialogue between the company and the union.
- The independence of doctors and other medical professionals engaged by corporations must be established and maintained.
- The program is not to be used to the detriment or against the interest of the worker.
- There shall be continuing dialogue with all parties regarding the program.
- Provision for job security and related matters will be made.
- Medical and workplace monitoring and their related issues will be addressed.
- Other issues as indicated in the background paper and the background list of issues will also be taken into account.

A. Prevention. Prevention is the first priority by using ergonomics and removal or correction of contaminants and/or hazards at source as the main factors among other things in conjuction with:

B. Workplace monitoring. The second priority is ambient environmental monitoring and surveillance of the workplace, disclosure of test results and action taken as well as issues raised.

C. Occupational health monitoring. Only if a proper preventive and workplace monitoring program is in effect (as per paragraphs A and B) can an occupational health monitoring program be instituted.

Before any local or bargaining unit agrees to allow workers to undergo occupational health monitoring, there must be some indication that workers' health may be attacked in the workplace.

Occupational health monitoring will be established on a voluntary basis unless:

- present legal requirements require otherwise;

Stu Sullivan *continued*

- there is an existing health monitoring program because of a known hazardous substance in which case, in the interim, the program should continue as long as it provides benefit and protection for the worker and until the elimination of worker exposure can be achieved;
- should either party wish to terminate the program, notice of that intent is to be given to the other and failing resolution, the program shall be terminated 30 days after the date of notice. All records will be returned to the workers who participated and any files or bank storage of records will be destroyed unless other agreed upon arrangements are made.

The background list, if I can just briefly go through it, of issues relating to health monitoring follow.

- Voluntary participation by the worker.
- Validity--many laboratory tests are insensitive and others fail to detect disease in those in whom it is present. Some tests are non-specific thereby detecting apparent disease in those who, in fact, do not have it. It is, therefore, important to know which testing procedure will be used.
- Purpose of test or examination must be stated.
- Establish relevancy of testing to occupation prior to asking a worker to agree to undergo an examination or testing.
- Testing and/or examination to be harmless to health.
- Disclosure of medical findings must be made to worker and also subject to verification.
- Provide for availability of aggregate and individual data based on anonymity in order to allow for proper interpretation and information.
- Worker file accessible by same at anytime.
- Doctor and other medical professionals to establish and keep confidentiality.
- Consent forms must identify worker, recipient, information and purpose intended (ie epidemiological survey or specific reason and indicate same), expiring date, nullifying clause and specify individual right to refuse transfer of information.
- Medical release of information: Ensure that no pressure is placed upon worker to release medical information.
- Assure employment and income security in case of medical removal.
- Individual susceptibility factor is an unacceptable argument. To agree to that argument means it is a worker's fault should an occupational disease affect that worker and not another.
- Healthy worker syndrome is a factor which has to be taken into consideration when epidemiological statistics are used. It must be remembered that companies hire the most healthy people, therefore, it would take longer to attack the health of a very healthy person. Comparing healthy workers to the average person in public is not always the right comparison.

Stu Sullivan *continued*

- Biological monitoring: Usually refers to the analysis of a body fluid or excrement.
- History taking by a third party (independent).
- Methodology re testing: Methods of testing are as important as the findings. Workers have to know which methods are used.
- Job security. Medical removal protection with income security and benefits.
- Financed by corporation (government funds to offset costs are acceptable in certain cases).
- The right to continuing meaningful employment.
- Union to continue to defend workers who are removed or transferred from their jobs to others even when out of scope (grievance and arbitration procedures). Establish rights to get back in scope.
- Worker retraining and job redesign.
- Relocation to an equivalent job.
- Rehabilitation.
- Pension protection as though employees had worked.
- Job rotation (or sharing) or obtaining another worker replacement for a worker who is medically removed from the job is not an acceptable solution; nor is the sharing the exposure through job redesign.
- Track record. Track record must meet objectives.
- Failure--return records to workers and destroy bank storage of records.

That is the outline of the policy that was developed as a result of that conference. The emphasis at all times has to be on making the workplace healthy, and that should always be our number one objective. Maybe the workers are saying that they are somewhat tired of being used as guinea pigs in things like PVC, asbestos, coal dust, PCBs, lead, mercury, benzene, all of which are extremely dangerous, leading, in some cases, to forms of silicosis, in others to different types of cancer; these have all been discovered as a result of workers becoming the victims first and the steps being taken later to clean up the environment. It is our contention and position that that should be reversed.

Gordon Atherley

Stu, I think you finished up with an answer which was highly relevant to one of Jim's questions, and I think you also said that some of the substantial concerns that Ashford raises are already addressed in your policy. But I am taking from you the point that your policy raises a further generation of questions which now need to be addressed. I don't think that you are trying to say that the policy completely solves every problem and that there is nothing left to discuss. There are questions of priorities within these things that have been defined.

Final Plenary Session

Summary of Occupational Health and Safety Professionals

John Cowell

We listed all the issues that we felt ought to be discussed if possible.

1. Alternative models for providing occupational health to large and small industry.
2. Occupational health professionals' involvement in absenteeism monitoring and labour-management disputes.
3. Impact of current legislative approaches.
4. Emphasis on risk management and hazard elimination.
5. Ethics - confidentiality
   - competence of physicians, nurses, hygienists
   - independence of their actions.
6. Accreditation and training for both full and part-time occupational health professionals.
7. The role of the occupational health professional in workers' compensation.
8. Mandatory versus voluntary health evaluations.
9. The role of government.
10. Manpower availability.
11. Ownership of medical records, including workers' access and other occupational health professionals' access.
12. Politicization of the occupational health professional in occupational health in general.
13. Encouraging and ensuring good occupational health practice.
14. Freedom of choice or competence of the occupational health professional.

These were the general issues; from these we selected a few key issues to discuss, which we then put into two lists - "Any Unresolved Issues" and "Specific Recommendations". There was lots of discussion about ownership and mandatory versus voluntary health evaluations. We also focused a lot of our discussion on ethics and on good quality occupational health practice. All of this synthesized down to the following.

Unresolved Issues Needing Further Discussions (and with whom)

1. **Legal and economic protections to employers hiring workers who are at greater risk.** Once the occupational health professional has made an evaluation of fitness to work that may involve some work modifications, "what then happens to the disabled worker?". We think labour and management ought to get their heads together and figure out how that individual could be employed, so that we as occupational health professionals are not involved in actual hiring decisions. A lot of our discussion focused on labour and management appreciating that occupational health professionals want to act independently and according to their own codes and work to the best of their skill and training. We want labour and management to negotiate between themselves how the outcomes of the occupational health professionals' decisions will be handled.

2. **Information and awareness to small business groups.** Probably 90 per cent of the workers of this land have little, if any, access to occupational health professionals. As a result, the occupational health professionals in this room and others like us, who are involved in the 10 per cent, often bear the brunt of a lot of the frustration of the 90 per cent of the unserved population. So we think that one of the things that occupational health professionals, labour, management, and governments ought to be doing is trying to provide some form of direct help to small business, or at least an appreciation that the health and safety of their employees must be considered.

3. **Labour, management, and occupational health professionals should have a better understanding of the occupational health professional's codes of ethics.** In other words, some of the independence of good occupational health practices will only occur if labour and management both appreciate that the occupational health professions have a code to which they want to adhere. A good occupational health professional understands and will work to the code. So managers should not be demanding access to records and labour should feel that the occupational health professional is not going to be revealing medical information. Trust has to build, but it will only build if both parties understand that occupational health professionals have a code. We included the occupational health professional because we are perfectly aware that lots of occupational health professionals in the past, and perhaps some to this day, do not know this code or have forgotten it. Our professional associations are constantly reminding its members of the code, and with it understood, I think the independence of the occupational health profession whether in private clinics, labour-funded clinics, or employer-funded operations will be assured.

Unresolved Issues *continued*

4. **An accreditation process for occupational health professionals,** accrediting their training, their credentials, and where they actually practise. We feel that there are mechanisms needed for all three kinds of accreditation. This would avoid occupational health clinics appearing on street corners as they currently can do, with poorly qualified people. This kind of thing erodes the quality of occupational health practice. As I have said before, accrediting training programs and accrediting credentials to practise are ongoing in Canada by the CBOM (Canadian Board of Occupational Medicine), and soon by the Royal College for physicians. The Canadian Council of Occupational Health Nursing accredits occupational health nurses, and the hygienists are accredited through the AIHA (American Industrial Hygiene Association). Our recommendation probably would be, if you are looking for occupational health professionals that you can trust, see if they are accredited at least by the existing accrediting bodies.

5. **Guidelines for ownership of and access to medical records.** We think relevant professional licensing and accrediting bodies, and associations such as OMAC (Occupational Medical Association of Canada) and OOHNA (Ontario Occupational Health Nurses Association), ought to establish guidelines for ownership of and access to medical records. We are as confused as anybody else as to who ought to own the record and who ought to access the record and how. This includes the occupational health professionals who want to know that they too can continue to access a record that may or may not be owned by them. Generally, we agree that the information is owned by the employee and by the doctor or nurse who created the records. If the record was created inside an employer's operation, then I suppose the employer owns the piece of paper. There are issues of custodianship and access. Al Cecutti read out some recommendations that are going to come out soon from the Ontario College of Physicians and Surgeons, and I think more of these pronouncements will help clear the air.

Recommendations

1. **A better term than "medical monitoring" or "medical surveillance" ought to be established.** This ought to be discussed thoroughly by labour, occupational health professionals, management, and government. We were not prepared to come up with a firm definition, but we are not happy with the current terms and want them changed at some point.

2. **A study or workshop or conference to look at alternative models to provide occupational health services.** We as a group felt that there ought to be many different ways to provide

Recommendations *continued*

occupational health services to various groups. We do not think there is any one right way or any particularly wrong way, so we thought this could easily form the basis of a conference by itself.

3. **Occupational health professionals to establish and publicize codes of ethics and guidelines for practice, stressing independence of occupational health professionals.** How to document this is unresolved, but we felt it should be a firm recommendation.

4. **Mandatory health procedures should apply only where the health and safety of others could be adversely affected,** recognizing that voluntary participation is the ideal.

5. **Occupational health professional groups to develop a means for identifying competent occupational health professionals so that "freedom of choice" can be effective.** As a group we endorse the concept of "freedom of choice", but our caveat is, there has to be a way that the physician chosen is competent to make an informed decision.

Response

Rae Erskine (Labour) - There was nothing in the presentation by the occupational health professionals which surprised labour. There are a lot of recommendations that are in keeping with labour's thinking on some of the issues now. We are looking for direction, this may be a good base to start from.

Frank Hubbard (Employer) - I think the safety, health, hygiene professionals are a resource to management and the approach they have taken here is consistent with the fact that they are a resource to management and to the workers and to unions, where there are unions. We believe that it is appropriate that because of their training, background and profession, they establish professional guidelines for their own purposes. We basically agree with the position they have taken. The area on ownership of records has to be debated, I think. There is no question from management's standpoint that they, health professionals, are the custodians, the holders of that documentation--but the ownership is still a question that has to be resolved.

Colin Lambert (Labour) - Was there any discussion about the real or the perceived conflict that company doctors are in, in trying to maintain their ethics and their principles? We tried to address it in our workshop and I felt there would be some recommendations about better or different models that would make that task for the professionals easier.

Response *continued*

John Cowell - There was a lot of discussion about the various kinds of models. In fact, there was so much discussion that we recommended that there might be an occupational medicine conference around that very issue. We recognized that management and labour have put unreasonable pressure on the occupational health professionals from both their perspectives. We are not saying that their perspective was unreasonable, we are just saying that from our perspective, the pressure was unreasonable, and we would like both to understand that we want to be able to act in an independent and objective way. It should not be relevant where we derive our livelihood, whether it is from an independent clinic on the street corner, whether it is in a labour-funded clinic, or whether it is in an employer-supported clinic. As a professional group we were not sure that any one of those models was particularly good or bad. We had in our groups physicians who are in labour clinics, we had physicians who work for employers, we had government physicians, and we had private consultants. Everybody expressed a point of view and ultimately endorsed those recommendations. There was a lot of discussion, but we all want to feel we can be professionals who practise our trade within a fair-minded context so that we can be independent and objective.

Summary of Labour

Rae Erskine - We too have different views within the labour movement, but we tried to get consensus across the board for recommendations.

1. **Human Rights.** That encompassed the federal Human Rights system/provincial Human Rights, because they are both very much in play.

   An unresolved issue - any program that is put together should be tested against the prevailing Human Rights legislation. If there happens to be a loophole or a weakness within that legislation, then that loophole or weakness should be strengthened or closed. To be tested would mean, no doubt, through the court process, be it federal or provincial.

2. **Records - Confidentiality - Trust.** Records have been discussed extensively in the last two to three days as well as eleven months ago. We have no problem with what the occupational health professionals understand should happen to the records; we do have some difficulty with what management feels should happen to them.

   Confidentiality and Trust - I guess we have lost the trust, or there is a perception that the trust in the occupational health professional is gone; that is why society has been moving into the labour-style clinic or the corner store variety. We really could not answer how to get that trust back, but we did feel that the

Summary of Labour
continued

labour movement's involvement in conferences such as this could go a long way to doing so.

One unresolved issue is the *independence of the occupational health professionals* and their ability to deliver occupational health services to the worker. This subject matter has been well-discussed in the last two days and I think we have a consensus of where the occupational health professionals stand.

Our recommendation is to investigate different models of delivery, possibly a central registry. We looked at (l) the company-styled model that we have in the workplace today, with the company professionals, (2) the worker or government-styled clinic, or (3) an independent government-funded clinic, with funding from WCB or other sources.

The central registry might possibly be put under, say the Ministry of Labour in the Province of Ontario, where illnesses, when first detected, are reported. The results and the record are kept; the law on designated substances provide that it be 20 or 40 years. We wanted to go a step further than that and not leave it wide open. We wanted to try and close the gap through a central registry so that there would not be any surprises in ten years' time.

3. **Occupational health delivery mechanisms.** We felt very strongly that they must represent all workers. At this conference, there is only a small group of probably very high profile people of companies, labour, and professionals that are involved; there is a high percentage of people out there, organized or unorganized, not even being touched. That is a concern to labour. In the end, all workers should be represented.

   The specific recommendation is a Commission dealing with all aspects of occupational health and safety, somewhat after the Quebec model.

4. **Employment security.** The unresolved issues surrounding that topic are discrimination, job loss, wage loss, and meaningful employment. We all know that these topics are real. There is discrimination out there, it is happening every day. There is job loss out there; it is happening every day. There is wage loss. Meaningful employment can be interpreted, but there is certainly a problem with it. We felt there is only one way to make that even across the board, and that was through legislation, once again bringing into play the role of the government.

5. **The right to information.** The unresolved issues here are the misuse and withholding of information. Of course we have to go back in history at this point to cite some examples where information was being held for some l6 or l8 years on company shelves, and there were reports that had been done quite some time prior to the actual disease being developed by the worker.

Summary of Labour
continued

We recommended full disclosure of the health hazards and information--the information encompassing the medical field and the health hazards; it is the company's responsibility to tell us what we are working with and its possible hazards. We feel that the WHMIS system (Workplace Hazardous Materials Information System), which has been under discussion for some years now and hopefully will be implemented soon, may go part way to answering the question of disclosure and getting us the information.

6. **Disease prevention.** The unresolved issue was the misuse of monitoring of the worker, the records and the tests. They want to test you for lead, so they do a blood test. Is that blood now being divided into two and used for some other testing? We want to know these things. The misuse of the records--where should we be going with that? Are we going to use medical monitoring as the first phase or as the second phase after hygiene and identification?

   The recommendation is that the occupational health professional must intervene to prevent disease hazards. That is a broad recommendation, but we felt the occupational health professionals must have the scope within their jurisdiction to intervene, to get the problem corrected in the workplace and to do something with the worker who has been affected.

7. **Management's rights.** The issue is the misperception of management's rights. I think that is real, as we have heard yesterday and today, with lack of agreement on ownership of records.

   The recommendation is to encourage management to participate in the type of meeting we have had in the last two to three days, and to try to educate them.

8. **Training.** We did not have much time, but training was discussed. A topic was mentioned yesterday--input by labour into the curriculum of the occupational health professionals at all levels. That is a topic on which there could be meaningful discussion, which could equally filter back into the labour movement, of what professionals can and cannot do, what their ethics are, and what the curriculum is.

Response

Pete Bishop (Labour) - I want to respond to John Cowell; he seemed to be upset yesterday when we recommended that there be labour input into the accreditation of occupational health professionals. I want to clear up that, in fact, we were not asking for the right to help to accredit professionals, but the right to give meaningful input into the design of curriculum for the training of professionals and meaningful input into the design of health models and health service models. I

Response *continued*

would hope that you would bear in mind that we are a major recipient of what you are looking at and have legitimate interests and concerns that you may not be aware of. When you are developing curriculum or looking at models, you should make every effort you can to get the input of all the parties concerned, including ourselves and management.

John Cowell - I want to define my "upsetedness". My concern yesterday was that I think one of the ways in which physicians earn and maintain a special place in society is by being self-policing. If it has come to the point where we have lost our credibility in society so that we cannot be a self-policing body, then I think we really have a problem. I was really trying to say that it is a shame we have reached the point where others are saying that they ought to have a greater part of our self-discipline process. I was also taking the point as a strong message that you wanted us to clean up our act. It was not a criticism of your desire, so much as a reaction to the fact that you have that desire. That is only with reference to accreditation of practitioners. I have no problem, personally, with the idea that labour would have input into the curriculum. I have no problem either with the concept of some form of labour involvement in accrediting certain kinds of set-ups where occupational health services are provided.

Jonas Kalnas (Occupational Health Professional) - In the physicians' group we spent some time discussing the mandatory versus voluntary aspects of health monitoring or health procedures. I notice that you did not identify that as a topic for you (labour). I presume then that you take it as a given that everything should be voluntary. However, I noticed that under your recommendations you say that occupational health professionals must intervene to prevent some things and that could be misunderstood to mean that occupational health professionals must intervene, must force, must require, or must mandate that management do something involuntarily. Perhaps you should clarify that.

Rae Erskine - What we were looking at was disease prevention. Once the disease is seen by the occupational health physicians, they have the power or authority to intervene. At the moment you may discuss that only with the worker; in some cases it goes to management and the worker is not informed. You must feel free as a professional to take care of that individual and to recommend future health specialists required. That is what we are talking about as intervention.

Jonas Kalnas - Does it mean then, that if I decide as a physician that a worker must be removed, he can involuntarily be removed from the workplace?

Rae Erskine - We did not get into that in the work group, but I think I can speak for labour and say "No, that is not what it meant."

Response *continued*

Jonas Kalnas - I think what you said there (in the recommendations) could be misunderstood and for the record I think it should be clarified.

Stu Sullivan (Labour) - Going back to the point on training. Another issue that we discussed was that there should be more emphasis on training community doctors about potential occupational health hazards. We think that community doctors should place an emphasis on the type and location of the job; for example--if you are practising medicine in Hamilton, then obviously it would be important to understand the steel industry and the health hazards connected with it.

John Cowell - We were trying to get at that issue through the freedom of choice question, because none of our group felt that we would ever take a position to deny freedom of choice. We also recognize the fact that a community-based physician must be informed if he/she is going to make a reasonable and informed decision, and I agree with your notion that ordinary physicians, not specializing in occupational health, ought to know more about the workplace. I do think, though, that it is an unreasonable expectation that community-based physicians could have routine knowledge about any given set of workplace problems. If a physician is going to be chosen by a particular employee for a particular workplace problem, however, we are of the view that access to that physician by the various parties to provide information should be allowed. To expect any particular physician to have the latest knowledge of, say, the consequences of welding fumes or some other kind of exposure is probably asking too much, but the Canadian Centre for Occupational Health and Safety is there to be contacted and, as well, specialists in occupational health and safety can be consulted. Our frustration is that non-occupational physicians often do not realize they should be asking questions about the health-workplace relationship, and probably that is one of your frustrations, too.

Stu Sullivan - In one case, the recommendation of the community doctor was that the person see a psychiatrist and after a year of psychiatric treatment, somebody said, "By the way, what do you work with?" And he worked with mercury. At that point, after a year of psychiatric treatment which was not helping, somebody said, well maybe it has something to do with you working with mercury and then the tests got started. My point is not that the physician should be an expert on mercury, but that he should at least know enough to be able to say, "What substances do you work with? That may be your problem. Maybe you should go and see so-and-so because that may be an occupational disease."

John Cowell - Then we are talking the same language because that is exactly what I mean, too.

Response *continued*

Tony Hammer (Occupational Health Professional) - Rae, can I ask one clarification? When you say that all monitoring should be voluntary, does that include people whose health could represent a risk to other workers?

Rae Erskine - We discussed that. We had some differences of opinion because there is already some legislation that makes it mandatory, as for pilots, truck drivers, and others. I guess that is just a basic philosophy of the labour movement--that it should be voluntary.

It is a very difficult issue and it comes into the human rights question, but how far do you go with that? That is why we had some difficulty coming up with language to address the human rights area.

Jonas Kalnas - I made this point in our group. I just want to remind labour and management that they are the taxpayers and if they do not like legislation, whether it is mandatory or voluntary, they can ask to have it changed.

Louise Hall (Labour) - I just want to set the record straight for the labour group. I think we clearly agreed that it would be voluntary but mandatory where it would affect the public, and I think we ought to have that on record. There was no question about it.

Frank Hubbard - Just to comment on what Stu said in another perspective. Had there been a mandatory monitoring program in place, then that particular worker would not have suffered for a year with the continuation of mercury exposure. This morning on "Good Morning America" or "US Today" the debate concerning mandatory drug monitoring in the US was discussed, and the Human Rights group was there discussing it. The labour movement was also there. During the process, one of the professional football players who did have a drug problem said, "Look you guys can debate all you want, but I had an illness and the reason that illness was discovered was because it was a mandatory condition of my employment. I am thankful that it was addressed." That is just another piece of the puzzle.

Colin Lambert - A comment on the last; that is one of the problems that we discussed in the workshop this morning. In actual fact, the mercury problem was not there because there was not a medical program. If there had been a monitoring program in place, it would not have prevented the exposure. The misuse of medical monitoring as an excuse for appearing to do something about prevention is the concern about medical monitoring; that is often the case, that medical monitoring is used as the excuse for not doing something about the known hazards that exist. You know the hazards of mercury and you know mercury exists. You do not need a medical monitoring program to tell you that people can be made sick by it; what you need is a

Response *continued*

hygiene program that makes sure that they are not. Unfortunately in many, many cases, the medical monitoring programs are used just to prevent that kind of clean-up. That is one of our major problems with medical monitoring, the misuse of those programs.

Bob Gray (Government) - I have to respond to that last comment because it unfortunately represents a presumption which is not correct. You cannot presume that science can always design and manufacture the appropriate systems. I am aware and took part years ago in the design and implementation of a mercury operation, including the refining from the ore. It was designed and put together with the best equipment science could produce, the best hygiene. It still involved mandatory monitoring. The result was there was not a single employee affected adversely during the entire period of operation of that mine and refinery. Without the mandatory monitoring, we could not be sure of that. That is the only way we can be sure. Anybody who depends on and trusts mechanical devices is a fool. I trust that people are not going to continue to be fools.

Rae Erskine - You may have had experience and we appreciate that happening for the workers in that area, but unfortunately that is not the norm in society today or in the workplace today.

Summary of Management

Frank Hubbard - When you look at the situation management was faced with at this particular workshop, whether by design or by oversight, I do not believe that we have the proper representation at the workshop.

The points that we want to make include:

1. **Stakeholders.** The first issue we discussed was as a result of this conference. It appeared that there were several principal stakeholders in this whole debate, and those stakeholders as far as we are concerned are first the employees who work in whatever work situation; in those areas where unions represent those employees, the unions become the stakeholders. It was recognized that across Canada about 20 per cent of the working population is represented by unions. The second stakeholder is the employers or corporations involved in the workplace. The third stakeholder is the scientific community, and that covers all the health care professionals, hygienists, toxicologists, and the educational bodies that exist in this country. Fourthly, the other stakeholder is the state, be it federal or provincial jurisdiction. Unfortunately, the total representation of these stakeholders is not here.

2. **Employer Responsibilities.** The employer has a responsibility *to provide a work environment and procedures that minimize risk to injury or exposure* to agents that may be harmful to workers.

Summary of Management *continued*

That is our responsibility, whether it is legislated or not, it is our responsibility as employers to provide that.

It is our responsibility *to establish standards and guidelines for environmental monitoring and process design with input from all stakeholders.* I think it is important that forums be developed so that all stakeholders have an opportunity to contribute their various concerns. In the workplace, that is presently being done in a number of areas through joint safety and health committees; it is done through continuous dialogue with labour representatives and that is appropriate and should continue.

We believe it is the responsibility of the employer *to provide education for workers in the total area of occupational health and safety.* Whether we do that through the state, the education systems that are in place, through the medical profession or jointly with worker representatives, should not be the issue. Education must be provided.

It is the responsibility of employers, right from the top of the organization, *to have a statement of purpose and philosophy and support;* in any corporation that recognizes health and safety issues, those purpose and philosophy statements should result in policies that enforce the principles of a good working environment. If it is going to work, it is important to have a corporate statement in that regard.

It is the responsibility of the employer *to ensure that medical monitoring has as a primary objective the safeguarding of workers' health on the job.* Medical monitoring should not be a substitute for good safe and healthy workplaces or environmental monitoring. We believe that the medical profession, and they have stated it in their submissions, should stay out of the personnel field and that they should stick to practising medicine. Doctors in the employ of corporations have throughout history gotten involved in management decisions and that is where the company doctor syndrome came from. That is the fault of corporations, I believe, in allowing their occupational health professionals to be put in that position.

As employers we have an obligation *to provide job security through the proper management of whatever facility we are involved in.* We have responsibility in the area of placement, sick benefits, pensions, rates of pay; they should not be part of the discussions in this kind of forum--that is not to say they are not important, but when the trade union movement says occupational health and safety should not be negotiable, we agree. The items that are negotiable are those that we just listed, and I believe those security issues get in the way of allowing the health and safety professionals to get on with their business. That is a problem between management and labour.

Summary of Management *continued*

3. **Total and comprehensive health and safety program.** Any biomedical and physical assessment must be an integral part of a total and comprehensive health and safety program that encompasses hygiene, safety, engineering, ergonomics, education, and total disclosure. We believe that disclosure is key to trust. We are all aware of history and horror stories, but there are also good things happening, and they should be used as models.

4. **Confidentiality.** We endorse the principle of confidentiality of medical information. Management does not want medical information that is and should be confidential, but we do require from the health professionals recommendations regarding any conditions that may exist which should result in somebody being assigned to a different type or a different area of work.

5. **Access to records by the workers.** We endorse the principle of access by the workers to medical files, with interpretation. We believe it is very important, and the occupational health professional group indicated this a few times during the workshop, because it could do more harm than good not to have a physician or nurse sit down and interpret some of the comments on the file.

6. **Management's rights.** This is going to continue to be a debate with labour and management. We believe we have a responsibility to ensure future security for all employees and as part of the management of the total working environment, as managers we have to control absenteeism, whether it is innocent absenteeism as a result of a particular illness or injury or whether it is culpable. We have a responsibility to manage it and we will continue to do that. The health care professionals should not get involved in the management or control of the workplace; their responsibility is in the health care field. We also recognize that where unions are established, they have a responsibility to represent the workers responsibly.

7. **Forums for Discussion.** We believe as a management group that occupational health and safety is one of the key issues in today's working environment. We believe that forums such as this are needed to establish exactly what is transpiring here, what the various stakeholders perceive to be the issues, so that we can find common ground. One of the other questions that was posed, "Where do we go from here?". We believe, as a management group, that it would be logical to have industry or workplace-specific conferences such as this to provide a better focus. I think this is a good start, but in order to provide that focus, there should be industry-specific follow-up, in the automotive, oil/petrochemical, mining industries, in the public service, so that everybody can deal with the reality of those particular workplaces.

Michel Bouchard (Occupational Health Professional) - I found the workshop really very interesting. I think that many of the issues that

Summary of Management *continued*

we dealt with during the last three days have been addressed in the last ILO Convention. I could forward a copy of the provisional records of the ILO discussion to the CCOHS to send a copy of that record and recommendations to the participants. I think it might be interesting to make a comparison between the recommendations of this workshop with the international ones.

John Cowell - I want to reinforce one point from the occupational health professionals' point of view. We feel strongly that management and labour (or whoever represents the work force) should clearly work on job security, benefits and pension issues, and should clarify how these issues interface with the occupational health professionals' decisions and advisements.

Dilys Robertson (Government) - A lot of the discussion has taken place in these last days about whether or not medical monitoring should be mandatory. I wonder whether the management group discussed that and whether or not they took a position on that.

Frank Hubbard - We discussed it briefly in the various workshops and we concurred that medical monitoring should be voluntary, except in those areas where public safety or worker safety could be impacted by any particular condition.

Rae Erskine - I would just like to make one comment on absenteeism. It has been shown over the years that absenteeism can be attributed to the workplace by virtue of such things as stress, so I do not believe it should not fall under the medical profession. It should be encompassed in there somewhere, in some shape or form.

John Cowell - That is one of the most difficult tasks of the occupational health professional, and I really think, to put it into stark clarity, the role of the occupational health professional is to be a part of that process, but in a very specific way. If an absence has been deemed by management to be a performance problem, and when the confrontation has occurred between the employee and management and a health issue is revealed as the possible reason, the occupational health professional can be involved to render an opinion as to the relevance of the health issue. An opinion may be challenged, it may not be liked by either party, but at least an independent opinion was sought under the right circumstances.

The workshop concluded at 12:00 noon March 21, 1986.

Canadian Centre for Occupational Health and Safety

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

Compte rendu de l'atelier

Médecine du travail, surveillance médicale, droits de la personne: la voie du progrès

P86-20F

Centre canadien
d'hygiène et de
sécurité au travail

Compte rendu de l'atelier Médecine du travail, surveillance médicale, droits de la personne: la voie du progrès

Hamilton (Ontario)

19 au 21 mars 1986

Centre canadien
d'hygiène et de
sécurité au travail

COMPTE RENDU DE L'ATELIER MÉDECINE DU TRAVAIL, SURVEILLANCE MÉDICALE, DROITS DE LA PERSONNE: LA VOIE DU PROGRÈS

NUMÉRO DU CCHST P86-20F

ISBN 0-660-53376-6

NUMÉRO DE CATALOGUE DSS CC273-2/86-20F

Cette publication est disponible
dans les deux langues officielles.

This publication is available
in both official languages.

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail s'efforce de s'assurer que l'information qu'il distribue est exacte et exhaustive. Cependant il est entendu que le Centre ne se porte pas garant que ladite information est exacte et exhaustive et ne sera tenu responsable d'aucun dommage ni d'aucune perte subis par le demandeur par suite de l'utilisation d'une information inexacte ou incomplète.

Date de publication: 1986

Exemplaires supplémentaires disponibles sur demande.

250 rue Main est
Hamilton, Ontario
L8N 1H6
(416) 572-2981
Télex 061-8532

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail est la ressource nationale en information sur l'hygiène et la sécurité au travail. Subventionné par le gouvernement fédéral, le Centre est dirigé par un Conseil de gouverneurs qui représente les différents paliers gouvernementaux (fédéral, provinces et territoires), les travailleurs et les employeurs, et relève directement du Parlement par l'intermédiaire du ministre du Travail.

Le Centre rassemble, analyse, interprète et distribue des renseignements compréhensibles sur l'hygiène et la sécurité au travail en répondant aux demandes, en distribuant des publications, en créant des bases de données informatisées et en permettant l'accès à ces bases de données et à d'autres bases de données internationales grâce à un réseau national d'organismes reliés. Les services du Centre sont gratuits et sont offerts dans les deux langues officielles; l'identité des demandeurs est gardée confidentielle.

La Loi

En vertu de la Loi de 1978 établissant le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail,

5. (1) Le Centre a pour objets

b) de faciliter

i) la consultation et la collaboration entre les administrations fédérale, provinciales et territoriales, et

ii) la participation des travailleurs et des employeurs,

pour l'établissement et le maintien de normes élevées d'hygiène et de sécurité au travail répondant à la situation canadienne.

Notes explicatives sur l'atelier

À l'automne de 1985, les syndicats et, dans une certaine mesure, les employeurs, ont commencé à manifester des signes d'inquiétude de plus en plus marquée au sujet des problèmes sociaux et administratifs occasionnés par la législation croissante de la surveillance médicale au Canada.

Au Centre, nous nous sommes rendu compte de la situation par la teneur des demandes d'information qui nous parvenaient et par les invitations à prononcer des conférences et à préparer des rapports que nous envoyaient des organismes de droits de la personne, des syndicats, les gouvernements des provinces et divers groupes s'occupant d'hygiène et de sécurité au travail.

Notes explicatives sur l'atelier
suite

Au printemps de 1985, le Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie a organisé une conférence sur la surveillance médicale qui rassemblait des représentants des travailleurs, du patronat et des médecins; cette rencontre a été organisée avec la collaboration du Niagara Institute et du CCHST.

Les membres du Bureau et du Conseil exécutif du Centre ont convenu que le CCHST pourrait jouer un rôle utile en réunissant des personnes qualifiées pour discuter des questions, sources de problèmes présents ou futurs, abordées au cours de la conférence et pour présenter des recommandations.

Un comité de planification constitué de représentants des travailleurs, des employeurs, des spécialistes de l'hygiène professionnelle et de la Commission canadienne des droits de la personne s'est réuni au Centre en novembre afin de préparer l'organisation de l'atelier. Les membres du comité ont présenté des listes d'invités au Centre.

Le Centre a retenu les services d'experts-conseils du secteur privé afin que ces derniers prennent en charge la préparation de l'ordre du jour et la facilitation de l'atelier. L'orateur principal était le Dr Fraser Mustard, président de l'Institut canadien de recherches avancées; son allocution sur les questions d'éthique dans la recherche biomédicale s'inscrivait tout à fait dans le cadre des discussions de l'atelier.

L'atelier

En décrivant aux 52 participants le rôle du Centre dans cet atelier, Martin O'Connell, président du Conseil des gouverneurs, a tenu à souligner de quelle façon la facilitation de cet atelier correspondait aux objectifs du Centre.

L'atelier a commencé par une discussion d'un groupe d'experts, présidée par Gordon Atherley, président et administrateur en chef du CCHST. Les différents points de vue de cette discussion étaient défendus par les représentants suivants:

Spécialistes en hygiène et sécurité au travail: Dr John Cowell, président de l'Association des médecins du travail du Canada; Droits de la personne: Jennifer Stoddart, directrice, Politique et recherche, Commission canadienne des droits de la personne; Santé publique: Dr Brian Gibson, Service de la santé publique, municipalité de Toronto; Travailleurs: Jim Turk, Travailleurs unis de l'électricité, de la radio et de la machinerie du Canada (TUE); Présentation des résultats de la conférence du Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie (STEC): Stu Sullivan, STEC.

L'atelier
suite

De petits groupes diversifiés se sont concentrés sur des tâches précises et ont identifié les sujets qui seraient examinés par les participants au cours de la dernière séance plénière et qui feraient l'objet de recommandations.

Les participants ont discuté en groupes tripartites et ont présenté leurs rapports au cours des séances plénières. Au cours de la dernière séance plénière, chaque groupe a passé en revue les résultats des discussions tripartites et a suggéré divers moyens que ses membres pourraient prendre.

Au cours d'une des séances plénières, le Dr Ernest Mastromatteo, qui avait présidé le groupe d'étude fédéral sur la surveillance de la santé des travailleurs, a décrit brièvement certains des tests jugés valables ou non valables dans certaines conditions ou en présence de certains risques.

Au cours de la dernière réunion plénière, les recommandations ont été présentées par les personnes suivantes: Frank Hubbard, gestionnaire, relations de travail, Polysar Limited, au nom des employeurs; Dr John Cowell, au nom des spécialistes de la santé; Rae Erskine, STEC, au nom des travailleurs.

En lisant la conclusion, le lecteur pourra prendre connaissance des questions qui ont fait l'objet d'un consensus général, des points de désaccord et des problèmes qu'il reste à résoudre.

Sujets de consensus général:

- surveillance médicale volontaire, sauf dans les cas où la santé des travailleurs ou d'autres personnes peut être mise en danger,
- nécessité de trouver diverses formules pour assurer des services d'hygiène professionnelle,
- nécessité d'instaurer un climat de confiance,
- nécessité de bien renseigner les spécialistes et les travailleurs.

Questions à résoudre:

- indépendance des spécialistes de l'hygiène du travail,
- mauvais usage ou dissimulation de l'information,
- sécurité d'emploi,
- formation et reconnaissance de la capacité professionnelle,
- propriété des dossiers médicaux et accès à ces dossiers.

Le Centre canadien
d'hygiène et de sécurité au travail
facilite la tenue d'un atelier

MÉDECINE DU TRAVAIL, SURVEILLANCE MÉDICALE ET DROITS DE LA PERSONNE LA VOIE DU PROGRÈS

du 19 mars 1986 à 13h30 au 21 mars 1986 à 12h30
à l'hôtel Sheraton Hamilton, Hamilton, Ontario

PROGRAMME DE PARTICIPATION

le mercredi 19 mars 1986

13h30	Bienvenue et introduction à l'atelier par le docteur Gordon Atherley, président et administateur en chef, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
13h45	Le rôle du Centre dans l'atelier L'honorable Martin O'Connell, président du Conseil des gouverneurs, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
14h	Enquête d'opinions sur la surveillance médicale, panel présidé par le docteur Gordon Atherley
15h	Questions des participants
15h30	Pause
16h	**Ateliers** — Objectif: définir les attentes des travailleurs et des employeurs vis-à-vis des professionnels de la santé du travail • Conflits de valeurs et responsabilités découlant des rôles de chaque intervenant • Codes de conduite professionnelle • Le droit de choisir un médecin • Le droit de ne pas être victime de discrimination pour cause de maladie ou d'incapacité
17h30	Pause

18h30	Réception
19h	Dîner
20h30	Conférencier: le docteur Fraser Mustard, président, L'Institut canadien des recherches avancées. Sujet: «Les questions d'éthique en matière de développement biomédicaux»

le jeudi 20 mars 1986

9h	**Ateliers** — Objectif: définir les services que la médecine du travail est en mesure de procurer • La médecine du travail est-elle une médecine préventive? • Les tests médicaux permettent-ils de prédire l'état de santé des travailleurs? • Information et éducation en matière d'hygiène du travail? • Le droit des employés à consulter des experts médicaux en ce qui a trait au rapport qui existe entre le travail et la santé.
10h30	Pause
11h	Séance plénière sur ce que les travailleurs et les employeurs attendent de la médecine du travail et la nature des services que celle-ci est en mesure de procurer
12h30	Déjeuner (au choix de chacun)
14h	**Ateliers** — Objectif: définir ce que la surveillance médicale est en mesure de faire • La surveillance obligatoire est-elle justifiée? • Lignes directrices de la surveillance médicale • Réglementation accrue/participation volontaire • Le droit de refuser la surveillance médicale
16h	Pause

16h30	**Ateliers** — Objectif: définir les problèmes administratifs et sociaux découlant de la surveillance médicale
	• La protection des renseignements personnels et le besoin/droit de savoir
	• Le droit de connaître les dangers qui existent en milieu de travail
	• Le droit des employés d'avoir accès à leurs propres dossiers médicaux et de se renseigner sur les résultats des tests et les interventions médicales reliées au travail, c'est-à-dire, la surveillance médicale, ses objectifs et les risques qu'elle peut comporter pour la santé et les relations sociales
	• Le droit à la protection en cas d'intervention
	• La conservation des renseignements relatifs à la santé
18h	Dîner (au choix de chacun)
20h	Séance plénière sur la surveillance médicale, ses avantages et ses limites et les problèmes d'ordre social ou administratif qui en découlent

le vendredi 21 mars 1986

9h	**Ateliers** — «La voie du progrès»
	• Recommandations
	• Direction à envisager pour l'avenir
	(Les groupes se composeront séparément de travailleurs, d'employeurs et de professionnels de l'hygiène du travail)
10h30	Pause
11h	Séance plénière sur «La voie du progrès»
12h15	Les conséquences possibles de l'atelier L'honorable Martin O'Connell
12h30	Clôture de l'atelier

Notes pour le discours d'ouverture du président

Au nom du Conseil des gouverneurs tripartite du Centre, il me fait plaisir de me joindre à Gordon Atherley pour vous souhaiter la bienvenue à cet atelier. Un certain nombre de mes confrères gouverneurs participent à cet événement.

C'est avec le plus grand intérêt que nous, membres du Conseil, avons abordé ce premier atelier; notre principal intérêt réside dans la très importante question que vous allez débattre, mais aussi dans l'amélioration des futurs rôles de facilitation du Centre, tous basés sur sa mission essentielle qui est de servir de ressource nationale en information. Je vais expliquer brièvement en quoi consiste notre rôle de facilitation.

Faciliter signifie rendre plus facile. Dans le cas présent, le Centre aide à réunir les intervenants les plus concernés par certaines questions importantes. Ces intervenants se chargent ensuite d'étudier collectivement ces questions. Ils en arrivent ensuite à des résultats collectifs, résultats qui permettent d'étendre le champ des ententes, d'identifier les divergences et de mieux informer les parties en cause afin d'atteindre des niveaux élevés d'hygiène et de sécurité au travail au Canada. En ce sens, le succès de l'atelier repose sur ses participants. C'est en effet de leurs interactions que sont issus les résultats de l'atelier et ce sont eux, les participants qui, à la longue, mettent en pratique ces résultats, que ce soit de façon conjointe ou individuelle. Le rôle du Centre est de faciliter ce processus.

En général, un atelier en hygiène et sécurité au travail permet de réunir des personnes intéressées par le domaine et qui proviennent de divers secteurs, selon les besoins. Il est souvent nécessaire de créer un comité de planification qui représente les différents groupes. Pour sa part, le Centre peut apporter une contribution importante grâce à ses ressources en information et aux données scientifiques et techniques qu'il met à la disposition des participants. En aucun cas le Centre n'essaie d'imposer ses vues ou de donner des instructions. Son rôle est tout simplement d'aider les parties intéressées à trouver leurs propres conclusions et à progresser à leur rythme afin d'atteindre des niveaux élevés d'hygiène et de sécurité au travail.

Dans d'autres genres d'*ateliers*, on considérera par exemple les domaines de recherche prioritaire en hygiène et sécurité au travail et les façons de subventionner ces recherches. Ailleurs, on pourra aider un *groupe de travail* mixte patronat-syndicat à répondre à un projet de normes sur la limitation d'un risque.

Dans ces exemples tirés du futur, vous constaterez que les interactions, l'établissement de consensus et les prises de décision relèvent des participants aux ateliers ou des groupes de travail; le rôle du Centre sera de les aider à établir des relations dans des

Notes pour le discours d'ouverture du président
suite

circonstances bien définies, de leur fournir les renseignements nécessaires pour qu'ils puissent atteindre des consensus aussi pratiques que possible.

L'élément clé sur lequel repose le succès d'un atelier est une source d'information exhaustive et fiable. Voilà justement ce que fait le Centre et il va même plus loin. Dans son rôle de source d'information, le Centre est particulièrement adéquat car les participants à l'atelier siègent au Conseil qui dirige le Centre. Donc, lorsqu'ils utilisent les ressources du Centre pour leurs usages collectifs, les participants ont en fait recours à un organisme d'information qu'ils contribuent eux-mêmes à diriger. Il est clair que cette forme d'aide laisse aux parties et aux compétences administratives en cause leur responsabilité et leur autorité respective mais leur permet d'établir des relations dans un milieu favorable qu'on ne trouve nulle part ailleurs; à mon avis, cette combinaison de facteurs est très prometteuse et fait l'objet de l'attention soutenue du Conseil des gouverneurs.

En effet, pour le Conseil, le succès du Centre dépend de la popularité de son service d'information unique; le Conseil suit de près la progression de la distribution de l'information et la confiance qu'on lui accorde. Le Conseil se penche maintenant sur les prochaines étapes du développement du Centre. Il étudie les rôles qu'il pourrait jouer pour faciliter des réunions comme celles que j'ai décrites ici, dans lesquelles les services d'information du Centre constituent la matière brute utilisée par les parties pour élever les niveaux d'hygiène et de sécurité au travail au Canada.

Au nom du Conseil des gouverneurs, je voudrais souhaiter à tous le meilleur succès dans ces ateliers. Nos souhaits seront sans doute réciproques puisque nous travaillons vers un objectif commun.

Discussion des groupes d'experts

L'atelier commence par une discussion de groupes d'experts sous la direction de Gordon Atherley, président et administrateur en chef du CCHST.

Experts

John Cowell
Président
Association des médecins du travail du Canada

Jennifer Stoddart
Directrice, Politique et recherche
Commission canadienne des droits de la personne

Brian Gibson
Médecin, Service de la santé publique
Bureau de la protection de l'environnement,
Municipalité de Toronto

Experts
suite

Jim Turk
Directeur de recherche
Travailleurs unis de l'électricité, de la radio et de la machinerie du Canada (TUE)

Stu Sullivan
Coordinateur de l'Ontario
Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie (STEC)

Gordon Atherley demande à chaque participant d'identifier les contraintes et les tensions auxquelles sont soumis la médecine du travail, la surveillance médicale et les droits de la personne en illustrant sa question à l'aide d'extraits ou de titres d'articles de journaux ou autres publications.

Gordon Atherley

Je m'adresserai tout d'abord à John Cowell: «Une clinique d'hygiène prévoit une expansion; les travailleurs ont besoin d'information médicale et scientifique indépendante car la consultation de médecins de l'entreprise ou du gouvernement seulement peut menacer leur santé.» (Tiré du *Toronto Star*). John, quelles contraintes et tensions identifiez-vous ici? Le fait de légiférer en matière de surveillance médicale pourrait-il permettre d'augmenter ou de diminuer les contraintes?

John Cowell
Président de l'Association de médecins du travail du Canada

La question du professionnalisme revêt une grande importance pour notre Association; la Commission canadienne de la médecine du travail (CCMT), qui existe depuis un peu plus de six ans, a contribué à faire de cette question un sujet d'actualité. Le mandat de la Commission est de réviser en profondeur les qualifications des médecins de l'hygiène industrielle et d'évaluer leur capacité à exercer la médecine du travail. Cet organisme s'occupe plus spécifiquement des médecins et reconnaît qu'au Canada, il n'y a jamais eu d'organismes spécialisés dans l'établissement des normes ou l'évaluation des qualités professionnelles des spécialistes du domaine médical qui désirent pratiquer la médecine du travail. Jusqu'à maintenant, les médecins pouvaient décider du jour au lendemain de devenir spécialistes en médecine du travail. Leurs antécédents professionnels sont variés. Mais le noeud du problème, c'est qu'il est difficile de devenir un médecin du travail compétent. Cette spécialité est sans doute une des plus exigeantes de toutes parce qu'elle est devenue le point de mire de nombreux intervenants qui, traditionnellement, ne s'intéressaient pas à cette profession

John Cowell *suite*

et qui épluchent maintenant soigneusement chaque décision prise par un médecin du travail; il n'est donc pas surprenant de constater que ces médecins qui commettent une erreur de jugement se trouvent dans des situations où ils ont à essuyer de nombreuses critiques.

L'extrait fait aussi ressortir le fait que souvent les employeurs, les syndicats et les travailleurs n'ont qu'une idée confuse des pouvoirs qui devraient être accordés aux médecins du travail. Les gouvernements non plus ne savent pas sur quel pied danser. C'est pour cette raison que depuis quelques années, nous nous sommes efforcés de définir exactement le champ d'action de la médecine du travail. À l'heure actuelle, cette initiative est d'autant plus importante que le Collège royal des médecins et des chirurgiens reconnaît maintenant la médecine du travail comme une spécialité distincte. Nous sommes maintenant en train de créer un programme de formation et d'examen à l'intention des docteurs en médecine qui veulent se spécialiser dans le domaine de la médecine du travail.

L'issue en sera l'établissement de normes de formation et de pratique et une remise en question de l'éthique de la médecine du travail appliquée. Je suis convaincu qu'en définitive, chaque partie en cause, c'est-à-dire les syndicats, les employeurs, les travailleurs, les gouvernements et les spécialistes eux-mêmes, gagneront à connaître exactement les tâches spécifiques des médecins du travail. Le noeud du problème, c'est que les médecins du travail oeuvrent dans un climat de méfiance; on ne sait pas vraiment quel rôle ils ont à jouer et on se demande s'ils ne sont pas investis de missions secrètes. On sous-entend que les médecins doivent agir en toute indépendance s'ils veulent prendre des décisions scientifiques objectives qui respectent la déontologie médicale. Personne n'irait contester ce fait, mais il faut laisser aux employeurs et aux syndicats le temps de comprendre le rôle des médecins et ceux-ci doivent pouvoir délimiter eux-mêmes leurs champs d'action.

Je crois que les médecins auront beaucoup à faire pour gagner la confiance des gens, mais encore faudrait-il que les syndicats, les employeurs et les gouvernements leur en laissent l'occasion.

Gordon Atherley m'a également demandé si le fait de légiférer en matière de surveillance médicale pouvait permettre d'augmenter ou de diminuer les tensions dans ce domaine. À cela, je répondrai qu'évidemment un professionnalisme et des compétences accrus permettraient de réduire les tensions qui pèsent sur la profession et je me demande alors dans quelle mesure la législation pourrait améliorer les choses. À mon avis, des lois soigneusement élaborées dans un esprit de justice, qui répartissent les rôles et précisent les obligations, aideront à réduire les problèmes et sont nécessaires.

John Cowell *suite*

Il nous faut des directives et des points de référence, sinon nous éparpillerons nos forces aux quatre vents. Je crois donc qu'une législation prudente pourra améliorer la situation. Par contre, des lois arbitraires et non appropriées, ne reposant pas sur des assises scientifiques solides, ne feront qu'exaspérer tout le monde. La question de la législation est donc à double tranchant.

L'expression surveillance médicale ne me plaît pas tellement car «surveillance» a une connotation péjorative; ce terme évoque en effet des mesures policières, ce qui n'a aucune raison d'être dans le contexte. Le terme «médicale» non plus n'est pas approprié car il semble attirer l'attention sur un groupe de spécialistes plutôt que sur ce que nous recherchons véritablement, c'est-à-dire la santé des travailleurs. Essayons donc d'inclure la notion de santé, parce que ce que nous faisons en réalité, c'est d'évaluer l'état de santé des gens. Je préfère penser en termes d'évaluation ou de détermination de l'état de santé. En pratique, il existe quatre catégories différentes d'évaluation de l'état de santé. On peut, si on veut, s'amuser à les diviser en sous-ensembles, mais il n'en reste pas moins qu'il y a quatre groupes généraux dont chacun comporte des implications différentes en matière d'éthique et de droits de la personne. Laissez-moi vous en donner un aperçu.

Les examens destinés à déterminer l'aptitude au travail font appel à un ensemble de facteurs tout à fait différents de la *surveillance biologique*. Si vous confondez les deux, vous n'en sortirez plus. J'espère que dans les ateliers d'aujourd'hui et de demain, nous parviendrons à faire la distinction entre ces deux catégories. Les problèmes de droits de la personne qu'elles soulèvent sont très différents, ainsi que la façon dont on pratique ces activités. Les examens destinés à déterminer la capacité de travailler sont des épreuves spécifiques qui servent à déterminer si dans un emploi particulier, l'état de santé d'un travailleur pourra mettre en danger la vie ou la santé de ses collègues ou d'autres personnes. Par contre, la surveillance biologique signifie l'étude spécifique d'un risque professionnel particulier.

Les soins intensifs sur les lieux de travail comprennent les traitements que l'on procure en cas de blessures ou de maladies graves. Cette forme de soins ressemble beaucoup à la médecine traditionnelle; cependant, les médecins du travail ne font qu'administrer les premiers soins sur les lieux de travail. Passé les premiers moments critiques, ils n'assurent généralement pas le suivi des cas; on réfère alors ces derniers à d'autres spécialistes et les médecins du travail restent à l'arrière-plan à titre de conseillers.

John Cowell *suite*

La dernière catégorie que l'on fait parfois intervenir (à mon grand déplaisir) est celle des *examens périodiques de l'état de santé* qui sont pratiqués dans certaines compagnies. Selon moi, ces examens doivent se faire sur une base volontaire, à la demande de la compagnie; ils sont souvent offerts par la direction de l'entreprise dans le cadre d'un programme de promotion de la santé et ont peu à voir avec l'hygiène professionnelle. Même si ce sont souvent des spécialistes de l'hygiène professionnelle qui s'occupent de ces programmes, ces derniers n'ont aucune relation avec la capacité de travailler, principe universellement accepté par l'ensemble des médecins. Les examens destinés à déterminer la capacité de travailler et, dans certaines circonstances soigneusement mesurées, la surveillance biologique, ont des conséquences sur la dotation d'un poste. Les soins intensifs représentent vraiment la médecine. Dans son sens propre, un programme de promotion de la santé correspond ni plus ni moins à exploiter un centre de conditionnement physique. Il faut garder à l'esprit le principe sous-jacent selon lequel tous les examens destinés à déterminer la capacité à travailler sont basés sur la question suivante: dans un emploi particulier pour lequel une personne subit un examen, et pour lequel des normes de santé spécifiques ont été établies avant l'examen, la personne en question menacera-t-elle sa vie ou sa santé ou celles des autres?

Ces examens à l'étape qui précède la dotation du poste sont effectués après que les offres d'emploi ont été faites; ils ne donnent donc lieu à aucune discrimination fondée sur l'incapacité physique. Ces examens n'ont qu'un seul but, celui de déterminer si la personne courra un risque ou menacera la santé des autres en exerçant ses fonctions. Je pourrais passer deux jours à vous expliquer comment procéder à ces examens de la bonne façon. Il est possible de les faire en respectant l'éthique de la profession, de façon à protéger à la fois les droits des employeurs et ceux des employés. La surveillance biologique est toujours secondaire par rapport à la surveillance des lieux de travail. Les résultats d'un programme de surveillance biologique ne devraient en aucun cas, et on touche ici au domaine de la législation, avoir des conséquences sur les conditions d'emploi.

Pout ce qui est de la déontologie médicale, cela me fâche vraiment lorsque les gens m'accusent de manquer quelque peu d'éthique. En recevant mon diplôme de médecine, j'ai automatiquement adopté un code d'éthique dont les principes remontent au serment d'Hippocrate. Ceux qui n'aiment pas ma façon de pratiquer la médecine disposent d'un très bon moyen de manifester leur mécontentement, ils n'ont qu'à communiquer avec le Collège des médecins et des chirurgiens et non avec mon employeur, quel qu'il soit, car mon chèque de paye ne vient pas de l'organisme qui m'autorise à exercer ma profession. C'est cet organisme qui doit

John Cowell *suite*

déterminer si oui ou non je suis en mesure de pratiquer ma profession, et non mon employeur. Ce mécanisme me paraît donc tout à fait efficace. Pour moi, la déontologie médicale est chargée de sens, comme elle l'est pour virtuellement tous les autres médecins en hygiène industrielle que je connais.

Il vous intéressera peut-être d'entendre la définition de la médecine du travail. Le Collège royal et la Commission canadienne de la médecine du travail la définissent comme une branche de la médecine préventive qui s'occupe des problèmes de santé, autant dans leur aspect clinique qu'administratif, de personnes ou de groupes de personnes en fonction de leur milieu de travail. La médecine du travail comprend la reconnaissance, l'évaluation, la limitation et la surveillance des maladies et des blessures dues au travail. Comme vous pouvez le constater, l'accent est placé directement sur la relation entre la santé et le milieu de travail.

Permettez-moi de vous demander en dernier lieu d'éviter de confondre hygiène professionnelle et médecine du travail. La médecine du travail appartient aux médecins; l'hygiène professionnelle relève de tout un groupe de spécialistes: infirmières, médecins et autres.

Gordon Atherley

Merci John. Laissez-moi relever quelques points importants. Plusieurs d'entre nous étant des spécialistes de la santé, la question du professionnalisme touche non seulement les médecins, mais aussi les hygiénistes industriels et les infirmières en hygiène industrielle.

Autres choses, John a parlé en terme de principes, de définitions puis de législation. Ce sont les aspects juridiques que je vais maintenant explorer, ce qui me mène à passer à Jennifer. J'ai ici un communiqué de presse qui est tout à fait dans ses cordes.

Ce communiqué récent a été tiré du *Globe and Mail* de vendredi dernier, je crois. Voici en substance ce qu'il dit:

> «Selon la Commission canadienne des droits de la personne, une compagnie minière du Manitoba a accepté de verser une indemnisation pour salaire perdu à trois hommes qu'elle a déclaré médicalement inaptes à exercer leur emploi en 1983.»

Ces hommes avaient perdu leur emploi à cause d'un problème d'acuité visuelle. Or, la Commission canadienne des droits de la personne interdit aux employeurs d'exercer une discrimination fondée sur une incapacité physique à moins que des raisons ne le justifient.

Gordon Atherley *suite*

L'article évoque l'existence de contraintes et de tensions entre les droits de la personne et l'hygiène professionnelle ou l'aspect de la surveillance médicale de la médecine du travail. Ma question à Jennifer est la suivante: «Quels problèmes les participants à cet atelier devraient-ils résoudre pour parvenir à éliminer ces tensions et ces contraintes?»

Jennifer Stoddart
Directrice, Politique et recherche
Commission canadienne des droits de la personne

Merci Gordon. Vous m'avez demandé de me pencher sur la question des tensions et des contraintes qui existent entre les droits de la personne et l'hygiène professionnelle et la médecine du travail. Peut-être cela paraîtra-t-il naïf de ma part, mais j'aimerais souligner que ces tensions et ces contraintes n'existeraient pas si nous savions tous ce que nous avons à faire et si nous faisions peut-être un peu mieux notre travail. Le problème dans la situation que vous m'avez présentée, comme dans la majorité des cas de discrimination fondée sur une incapacité (et n'oubliez pas qu'il ne s'agit là que d'une partie du mandat de la Commission canadienne des droits de la personne), est courant et fait intervenir une mauvaise utilisation des examens médicaux.

Gordon a déjà mentionné la nécessité de faciliter les échanges durant cet atelier et a déclaré que l'information était un moyen d'y parvenir. Les gens sont généralement très mal informés sur la façon dont opèrent les commissions des droits de la personne, surtout en ce qui concerne les cas d'incapacité, lesquels présentent de grandes difficultés techniques. Je vais vous parler d'un cas fictif qui regroupe tous les principes de l'affaire de Flin Flon. Cela vous donnera une idée de la façon dont nous procédons, des principes que nous appliquons et je crois que, nantis de ces renseignements, vous pourrez régler les problèmes de droits de la personne qui pourront se présenter au cours des débats.

Lorsque nous préconisons d'utiliser le dépistage médical pour doter des postes, nous commençons par recommander aux employeurs de limiter les examens médicaux aux employés dont l'état de santé pourrait être directement relié à leurs tâches et de limiter les examens médicaux de prédotation aux candidats qui répondent à tous les autres critères de sélection et qui ont donc reçu une offre d'emploi conditionnelle. Un examen médical n'est utile que lorsqu'il permet de mesurer la capacité d'une personne à effectuer les tâches essentielles d'un travail en toute sécurité, de façon fiable et efficace. Cette expression est tirée d'un jugement de la Cour suprême du Canada. La discrimination fondée sur l'abus d'alcool et de drogue est un sujet d'interdiction couvert par la Loi sur les

Jennifer Stoddart *suite*

droits de la personne depuis 1983 seulement, et nous n'avons pas encore adopté de politique officielle à ce sujet parce que très peu de cas nous ont été soumis.

Revenons à ce cas fictif et aux principes qui pourraient s'appliquer. Pour être d'actualité, je prendrai comme exemple le cas d'un employeur du gouvernement fédéral qui désire soumettre à un examen tous ses employés et les candidats à un emploi afin de dépister les consommateurs de drogues illégales. Cet employeur vient nous consulter pour savoir s'il peut le faire et comment.

Commençons par examiner les principes qui seront appliqués dans ce cas. Tout d'abord, l'employeur désireux d'intégrer le dépistage dans son processus de dotation devra prouver que le dépistage de la drogue est raisonnablement relié aux exigences de l'emploi. Il doit prouver que la consommation d'une drogue particulière a des effets nuisibles, par exemple sur la concentration de l'employé, sur sa capacité de faire fonctionner l'équipement, d'effectuer des tâches de façon efficace et en toute sécurité. Il doit également démontrer que la consommation de drogues pourrait contribuer de façon significative à faire augmenter l'absentéisme, le nombre d'accidents de travail ou la rotation du personnel. Avant d'introduire un programme de dépistage des drogues, un employeur devra avoir, sur la foi de preuves objectives (et encore une fois, je cite des jugements de la Cour suprême du Canada), des motifs raisonnables de croire que la consommation de drogues pose des problèmes pour la main-d'oeuvre et porte atteinte au rendement de l'employé.

Le second principe de notre analyse est celui de l'application de l'examen médical. Un examen médical ne peut être utilisé à des fins de dépistage que pour découvrir ce qu'il prétend prédire. Par exemple, on sait qu'un prélèvement sanguin utilisé pour déterminer la consommation de drogues pourrait aussi servir à dépister d'autres états de santé comme le diabète, une grossesse et même le SIDA. Évidemment, cet exemple est hypothétique et je m'en excuse auprès des spécialistes de la santé; je ne suis pas certaine que les prélèvements sanguins servent à tous ces fins, mais supposons que ce soit le cas. Les résultats de ces examens secondaires ne peuvent être utilisés pour refuser un emploi à quelqu'un à moins qu'on ne puisse prouver qu'ils empêcheront un employé de répondre aux exigences essentielles de son travail.

En se basant sur des cas qui ont été soumis à la Commission, surtout en ce qui concerne le diabète et la grossesse, les données médicales suggèrent qu'aucun de ces états de santé n'empêche un employé de fournir un rendement satisfaisant dans la majorité des emplois.

Jennifer Stoddart *suite*

Nous avons récemment soumis un cas à la Cour suprême du Canada. Le point de litige de l'affaire est un examen physique au cours duquel les candidats doivent soulever, transporter sur une distance de 80 pieds et déposer un poids de 83 livres. L'employeur soutient que l'épreuve sert à déterminer la capacité d'effectuer une des tâches essentielles de l'emploi d'un serre-frein qualifié, mais des enquêtes ont démontré qu'en réalité, la charge est toujours transportée par deux personnes. L'examen physique n'était pas utilisé pour mesurer ce qu'il prétendait évaluer et servait à écarter les femmes. Évidemment, l'exemple est simpliste, mais je crois qu'il peut très bien s'appliquer dans le cas d'examens médicaux beaucoup plus perfectionnés.

La Commission examine soigneusement tous les cas d'application de surveillance médicale afin de déterminer si l'examen ne sert en fait que de paravent, utilisé sciemment ou par habitude, destiné à exclure des groupes particuliers. L'exemple précédent montre comment un examen physique peut être utilisé pour écarter un nombre exagéré de femmes de certains emplois. Chacun sait que les restrictions de taille et de poids n'ont habituellement rien à voir avec les tâches que requiert un emploi spécifique mais qu'en fait, elles constituent des barrières infranchissables pour certains groupes ethniques et pour les femmes. D'un autre côté, la Commission reconnaît qu'il n'y a pas de discrimination lorsqu'un employeur peut établir une exigence d'emploi authentique; nous nous attendons cependant à ce que l'employeur fasse preuve d'une certaine latitude pour accommoder les limites et les besoins spécifiques des travailleurs, sans pour autant rendre plus difficile le travail des autres employés ou nuire à leur sécurité.

Cela soulève une troisième question dans cette affaire hypothétique. Si un employeur découvrait par des examens qu'un de ses employés était dépendant d'une drogue illégale, quelles mesures positives l'employeur et l'employé pourraient-ils prendre pour résoudre le problème? Dans le cas présent, la Commission des droits de la personne suggérerait que l'employeur prenne des mesures positives raisonnables pour l'employé, notamment lui recommander de s'inscrire à un programme d'aide ou d'avoir recours à toute autre méthode convenable plutôt que de le mettre à la porte.

Voilà donc les principes fondamentaux que nous appliquons. Dans notre travail, un des problèmes les plus fréquents est l'incompréhension ou la mauvaise application de ces principes qui, je peux le constater, sont déjà très clairs pour la majorité d'entre vous.

Pour conclure, j'aimerais suggérer quelques questions sur lesquelles cet atelier devrait se pencher: premièrement, pourquoi les normes médicales au travail continuent-elles d'être mal utilisées et de quelle

Jennifer Stoddart *suite*

façon? Êtes-vous d'avis que les principes des droits de la personne appliqués par les provinces et le gouvernement fédéral ne sont pas suffisamment connus? À votre avis, que pourrions-nous faire pour les faire connaître? Je crois que si les employeurs et les spécialistes de la santé obéissaient eux-mêmes à ces normes, nous pourrions faire économiser temps et argent aux contribuables et la Commission des droits de la personne n'aurait pas à intervenir aussi souvent.

Pourquoi, et je pose cette question d'un point de vue de profane car je ne suis pas spécialiste en hygiène professionnelle, pourquoi les examens médicaux ne sont-ils pas mieux normalisés? Pourquoi tant de nouveaux examens sont-ils mis au point, quand on sait que les experts ne s'entendent pas sur l'efficacité de ces examens à fournir une évaluation correcte de ce qu'ils prétendent mesurer et sur leur capacité de prévoir avec suffisamment de précision le rendement au travail? Cette question est posée aux spécialistes de l'hygiène professionnelle.

Finalement, de quelle façon la nécessité de mettre au point de meilleurs mécanismes pour résoudre les litiges est-elle reliée aux questions d'hygiène professionnelle? Cela relève évidemment de la compétence des diverses régions administratives, et je ne peux parler qu'au nom du gouvernement fédéral. Cependant, la Commission des droits de la personne s'intéresse de plus en plus à l'importance croissante de la discrimination à l'endroit des personnes handicapées et à la prise de conscience de leurs droits de pouvoir compter sur des chances égales de gagner leur vie et d'avoir accès aux services; la complexité des problèmes va en s'intensifiant et il devient de plus en plus difficile pour les commissions des droits de la personne de se prononcer sur des questions médicales très techniques et reliées à des emplois spécifiques.

Quels mécanismes tripartites améliorés, officiels ou officieux (peut-être en nous inspirant du modèle du Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail), faudra-t-il donc mettre au point pour que ce soient les personnes compétentes, et non les commissions des droits de la personne, qui interviennent dans la majorité des cas?

Gordon Atherley

Merci Jennifer. Je vais reprendre certains de vos propos pour faire le lien entre votre exposé et le suivant. La question de la validation des tests évoque immédiatement le dépistage du SIDA. Le dépistage du SIDA exigé par les gens qui veulent savoir dans quelle mesure ils risquent d'être contaminés est une question qui a été et reste angoissante. Cela nous amène à nous demander si les analyses sanguines permettent effectivement de dépister les personnes

Gordon Atherley *suite*

atteintes de la maladie ou porteuses du virus. Même si elle relève du domaine scientifique et médical, la validation des tests de dépistage du SIDA est devenue une question chargée d'émotivité et de crainte. Il est donc urgent d'y faire face.

Brian, j'ai relevé pour vous un article du *Toronto Star* qui s'intitule: «Selon un chef de police, l'utilisation de drogues ne justifie pas le recours à des tests». Cet article traite de la toxicomanie au sein des effectifs de la police municipale de Toronto, problème qui, selon le commissaire de police, n'est pas si grave. Je n'ai rien contre des mesures qui permettraient d'améliorer les services de la police et si un problème surgit, nous prendrons les mesures qui s'imposent, mais à mon avis, il n'y a pas vraiment de problème. Nous n'aimerions pas avoir à recourir aux examens obligatoires. Ce serait une erreur, car l'image de la police en serait ternie.

La santé communautaire, ou santé publique, est une discipline connexe de l'hygiène professionnelle. Ces deux domaines ont en commun un grand nombre de problèmes et leurs objectifs sont souvent parallèles. Cette coupure de presse, Brian, démontre que les examens obligatoires peuvent être perçus, ou sont perçus, comme une contrainte. C'est du moins l'avis d'un chef de police. Le spectre du SIDA fait sortir de l'ombre d'autres tensions, liées au climat d'émotivité qui entoure la question délicate des données médicales. Comment un service de santé publique peut-il éliminer ou soulager ces tensions? Quelles leçons un service de santé publique a-t-il à communiquer aux participants à cet atelier?

Brian Gibson
Service de la santé publique
Municipalité de Toronto

Merci Gordon. Tout d'abord, je vais tenter de relier certaines déclarations de Jennifer et certains faits sur le dépistage et la toxicomanie à une expérience qui m'est arrivée récemment, au cours de laquelle j'ai eu à étudier la politique sur le SIDA du Service de la santé publique de la municipalité de Toronto pour faire ressortir deux points fondamentaux: la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des données scientifiques sûres et le besoin d'élaborer des directives précises pour traiter les risques possibles pour la santé ou les maladies.

Le service de la santé publique s'est toujours davantage intéressé à la communauté en général qu'à des individus en particulier. Nous avons l'expérience du dépistage et des programmes de limitation des maladies au travail. Prenons, par exemple, un cas extrême: il y a environ 50 ans, ou plutôt 65 ou 70 ans, des manifestations ont eu lieu à Toronto pour protester contre l'immunisation obligatoire contre la variole; aujourd'hui cependant, nous sommes

Brian Gibson *suite*

bien contents de nous être débarrassés de cette maladie mais il y a 70 ans, la vaccination n'a pas été faite selon toute la rigueur scientifique voulue et le traitement du problème a laissé beaucoup à désirer.

En matière de données scientifiques sûres, on peut se demander ce qu'un test révèle réellement. D'une certaine façon, tous ces examens sont assez simples; ils sont conçus afin d'identifier les gens plus sensibles aux maladies ou plus susceptibles aux risques, et de distinguer ces personnes des individus sains. Ce qui se passe en réalité, c'est que l'on colle une étiquette aux gens. Une fois l'étiquette posée, il faut essayer de comprendre ce que cela signifie pour l'avenir. Un troisième facteur déterminant de la valeur d'un test est de savoir s'il existe une façon d'intervenir.

Pour ce qui est du dépistage de la toxicomanie chez les recrues, un problème se pose. Les tests en laboratoire peuvent permettre de déterminer avec suffisamment de précision si une personne a pris une drogue quelconque durant les dernières 24 heures ou si son sang contient de l'alcool. Mais ces tests ne révéleront pas si cette personne est toxicomane, si la consommation de drogues affectera ses facultés à l'avenir ou si cette habitude de consommer des drogues ira en empirant.

Le but initial du dépistage du SIDA était d'empêcher que le sang contenant le virus ne soit utilisé pour fins de transfusion; la méthode a été mise au point afin de protéger les gens de ce risque. C'est alors qu'on s'est mis à se demander ce qu'il fallait faire de l'information acquise. On veut bien aider la personne qui, selon les tests, a été exposée au virus du SIDA, mais de quelle façon? Nous ne savons pas ce que l'avenir nous réserve. Nous ne connaissons pas les antécédents médicaux des personnes atteintes, nous ne savons pas quel pourcentage de la population exposée finira par développer les symptômes de la maladie et à ce stade, nous n'avons aucun moyen d'intervenir de façon efficace. Pour le bien de la santé publique, la seule mesure d'intervention possible à l'heure actuelle est de conseiller à cette personne de prendre des précautions afin de ne pas répandre le virus. Mais dans ce cas, on court le risque d'identifier par erreur un porteur ou de déclarer qu'une personne n'est pas porteuse alors qu'elle l'est. Le test de dépistage du SIDA a été conçu pour éliminer le plus grand nombre possible d'unités sanguines de façon à ce que très peu de ces unités sanguines contenant le virus parviennent aux banques de sang. Ces unités sont ensuite soumises à d'autres tests. Lorsque des personnes ayant soi-disant été exposées au virus sont signalées à des spécialistes, il y a donc très peu de risques qu'elles soient classées porteuses par erreur.

Brian Gibson *suite*

Un autre domaine dans lequel le service de la santé publique a de l'expérience est celui de l'application de programmes de dépistage obligatoire et volontaire. La tradition de santé publique que nous connaissons actuellement provient de l'Allemagne du XIX^{e} siècle, où la mentalité de la société voulait que l'on répande le bien-être général et qu'on assure la protection de tous; une véritable police de la santé s'immisçait dans la vie des gens et prenait des mesures qu'elle considérait d'intérêt général, que cela plaise ou non. Une grande partie de la résistance que l'on oppose aux mesures dites obligatoires en santé publique trouve son origine dans nos racines britanniques et plus particulièrement dans la lutte contre l'immunisation à l'époque de la Première guerre mondiale; il existe donc également des considérations politiques dont il faut tenir compte.

En vertu de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, un service de la santé publique peut obliger les gens à subir des tests et des traitements pour des affections contagieuses comme les maladies transmises sexuellement. On touche là à la corde très sensible des libertés individuelles. Il n'est pas suffisant de savoir si on possède des renseignements exacts, il faut aussi se demander si réellement ces tests nous révèlent quelles mesures on pourrait prendre.

Encore faut-il s'assurer que ces mesures sont efficaces. Prenons l'exemple d'un médecin qui vous recommande de prendre des médicaments pour réduire la pression sanguine afin d'éviter une attaque d'apoplexie. Le facteur déterminant dans la prévention de ce risque, ce n'est pas l'efficacité du remède, mais bien d'accepter d'obéir au médecin et de le prendre. Tout serait parfait si on pouvait affirmer qu'effectivement, vous avez été identifié comme porteur du virus du SIDA ou d'une autre maladie transmise sexuellement; qu'évidemment, on est prêt à vous traiter mais on vous demandera alors avec qui vous avez couché dernièrement. On a beau ne pas vouloir obliger les gens, si on ne possède pas ces renseignements, il n'y a guère d'espoir de réussir à améliorer vraiment leur santé.

Selon l'expérience du service de la santé publique, un programme obligatoire de prévention ne sera efficace que si, effectivement, on s'unit pour décider des mesures à prendre pour régler le problème. Les échecs sont nombreux; le Service de la santé publique a appris à ses dépens que même si on détient l'autorité légale pour prendre des mesures très strictes, on n'arrive à rien avec ce genre de politique.

Dans certains cas, les programmes obligatoires de prévention se sont avérés efficaces; c'est ce qui s'est produit notamment avec la vaccination obligatoire des enfants d'âge scolaire, lorsque des parents avaient la liberté de refuser de faire vacciner leurs enfants

Brian Gibson *suite*

en raison de leur religion ou de leur philosophie. Deux autres leçons sont à retenir: quel que soit le degré d'intervention en santé publique et en traitement des maladies transmises sexuellement, le but ultime est d'empêcher les maladies de se déclarer. Les programmes de dépistage ne sont pas des mesures de prévention à la base, ils ne permettent pas de résoudre le problème. Une fois une maladie répandue dans la population, ces programmes peuvent servir à réduire les risques ultérieurs. La deuxième leçon, c'est que les services de la santé publique doivent se préoccuper de la confidentialité des renseignements et des conséquences globales des programmes.

Ainsi, lorsqu'on applique un programme, il faut se demander si les conséquences ne seront pas pires que les maladies à dépister. Les radiographies annuelles destinées à dépister le cancer des poumons causé par des expositions à l'amiante occasionneront beaucoup plus de cas de cancer que ceux qui seront dépistés, prévenus ou traités grâce à ces examens. Dans le cas du dépistage du SIDA, la liste des personnes porteuses que l'on veut traiter pour empêcher la transmission du virus ne risque-t-elle pas de tomber entre les mains d'employeurs qui pourraient l'utiliser pour des fins de discrimination, même si, en termes de droits de la personne, cette mesure est illégale?

Le Service de la santé publique m'a chargé d'écrire un rapport sur l'utilisation des électrochocs. Certaines personnes soutiennent que cette technique fait littéralement frire le cerveau des gens. À mon avis, elle pourrait être efficace si le patient comprenait réellement le procédé et consentait de son plein gré à coopérer avec le médecin. Malheureusement, on a fait de tels abus et on a eu recours à cette technique tellement à tort et à travers que l'ensemble de la société n'a pas pu s'empêcher de penser que même si ça pouvait être efficace, ça ne fonctionnait pas en réalité. Je crois que certains programmes de dépistage en hygiène professionnelle sont aux prises avec le même problème.

Gordon Atherley

Merci Brian. J'aimerais faire ressortir certains points. Une des idées clés est que la surveillance médicale doit produire des résultats utiles. Un de mes collègues audiologiste, le Dr Raymond Hétu de Montréal, a imaginé une expression pour décrire la surveillance médicale lorsque celle-ci ne produit aucun résultat valable. Il a qualifié ce procédé de voyeurisme médical; je crois que cette expression rend bien ce que vous venez d'exprimer. Vous avez fait une apposition très pertinente entre la science applicable et les politiques justifiées, et vous avez souligné que les deux se devaient de présenter une utilité quelconque. Je crois que ces énoncés nous mènent au prochain exposé, celui de Jim Turk.

Gordon Atherley *suite*

Encore une fois, j'ai été puiser dans la presse écrite; la personne que je vais citer est Jim lui-même, il ne pourra donc pas plaider l'ignorance. Jim fait un commentaire sur les mesures, ou plutôt l'absence de mesure pour réduire les bruits au travail. L'article s'intitule: «Déclaration d'un groupe sur le silence du gouvernement au sujet des bruits assourdissants au travail». À mon avis, un bon jeu de mots.

Selon l'article, Jim, vous auriez déclaré que des hauts fonctionnaires du gouvernement parlent de préservation de l'ouïe. Je crois que vous faites allusion aux contraintes issues des différences d'attitudes entre, d'un côté, la préservation de l'ouïe et de l'autre, la réduction des bruits. Un grand nombre de personnes considèrent que la surveillance médicale, l'audiométrie, etc., sont des éléments essentiels de la préservation de l'ouïe. La question que j'aimerais vous poser est donc la suivante: «Sur quels aspects éthiques, scientifiques, économiques, politiques ou autres, les participants à l'atelier devraient-ils se pencher pour discuter des contraintes qui vous préoccupent lorsque vous faites la distinction entre préservation de l'ouïe et réduction des bruits?»

Jim Turk
Travailleurs unis de l'électricité, de la radio et de la machinerie du Canada (TUE)

Je suis heureux que Gordon Atherley me demande de commenter la seule déclaration qui est effectivement de moi dans cet article. Toutes les autres déclarations qui me sont attribuées sont incorrectes.

Puisque le sujet que j'entends traiter sera, je l'espère, controversé, j'aimerais commencer mon exposé par une déclaration: «Je n'ai aucun doute sur votre dévouement à tous au sujet de la santé et de la sécurité des travailleurs et de leur promotion». Je veux vous l'assurer dès le début parce que trop souvent la façon de procéder pour atteindre ce but fait l'objet d'âpres discussions au cours desquelles les intervenants en viennent à s'accuser mutuellement de ne pas être dévoués totalement à la cause. Je crois que notre engagement à tous est réel mais qu'un problème existe; comme l'a signalé Gordon, dans cette histoire, il n'y a pas une réponse unique mais plusieurs choix, ce qui provoque des tensions.

La compétence professionnelle et les connaissances techniques sont absolument essentielles mais en définitive, ce seront toujours des considérations politiques—et j'hésite à employer ce mot—qui détermineront les choix. Nous prenons des décisions au meilleur de notre connaissance et en fonction de nos priorités; puisque ces décisions ne peuvent être uniquement fondées sur une base professionnelle ou technique, il s'ensuit des dilemmes pour chacun

Jim Turk *suite*

d'entre nous. À mon avis, au lieu de les éviter, au lieu de prétendre que si nous parvenons à un certain degré de professionnalisme, ces prises de décision seront faciles, nous devons reconnaître que cet état de chose existe. Concentrons-nous là-dessus et parlons surtout des priorités et de certaines distinctions.

J'en reviens à la citation qui m'a été correctement attribuée. Lorsque j'opposais préservation de l'ouïe et élimination des bruits, j'essayais d'être très explicite sur une différence fondamentale qui m'apparaît évidente. J'emploie souvent «nous» pour parler des syndicats, mais vous savez que dans ce domaine, il y a des différences non seulement entre les entreprises et les syndicats ou entre les entreprises, les syndicats et le gouvernement, mais aussi à l'intérieur de chacun des groupes. Je ne prétends pas parler au nom de tout le mouvement syndical mais je suis certain qu'une bonne partie des membres du comité d'hygiène et de sécurité au travail de la Fédération du travail de l'Ontario, qui s'est beaucoup intéressé à la question, pensent comme moi.

Certains d'entre nous pensent qu'on devrait avant tout chercher à éliminer les dangers à la source et c'est ce à quoi je fais allusion lorsque je parle d'élimination des bruits; pour d'autres cependant, les priorités sont différentes. Ils sont plus enclins à tolérer les dangers à la source et ils s'efforcent de protéger les gens en excluant d'un emploi ceux qui sont plus susceptibles aux risques ou qui ont souffert de lésions qui les rendront encore plus sensibles à ces risques; d'autres fourniront des appareils de protection individuelle afin de réduire l'exposition et mettront l'accent sur la surveillance, la surveillance médicale, l'évaluation de l'état de santé, etc., afin d'écarter des hommes qui ont subi des lésions en dépit du fait qu'ils ont utilisé ou non de l'équipement de protection.

L'exemple du bruit n'en est qu'un parmi tant d'autres. Il y a quelques jours, au cours d'une réunion avec un de nos employeurs, ce dernier nous a annoncé que, dans un petit atelier, on songeait à implanter un procédé qui ferait appel à l'utilisation des isocyanates. Les cadres de l'entreprise désiraient que les travailleurs subissent un examen médical avant l'implantation du procédé afin d'obtenir une base de comparaison; ils voulaient en outre que le médecin identifie les travailleurs qu'il croyait aptes à travailler avec des isocyanates. Selon la direction de l'entreprise, les employés pouvaient choisir le médecin et la compagnie s'engageait à rembourser les heures de travail perdues et à fournir un taxi à chacun des cinq travailleurs devant subir l'examen. La seule condition, c'est que le médecin devait dévoiler les noms des travailleurs aptes et inaptes à effectuer le travail. Certains travailleurs ont soulevé des objections: «Si on nous déclare inaptes à effectuer ce travail, cela signifie que nous pourrions perdre notre emploi en cas de coupures de poste parce que l'entreprise est petite

Jim Turk *suite*

et il faut que chacun d'entre nous soit capable de faire ce travail. À l'heure actuelle, nous avons beaucoup de travail, il n'y a pas de problèmes. Mais lorsque le travail diminuera, nous pouvons très bien perdre notre emploi si nous ne pouvons pas travailler avec des isocyanates». Devant cette déclaration, un des spécialistes de l'hygiène industrielle de l'entreprise a eu cette réaction: «Pour les médecins, ces inquiétudes des travailleurs posent un grand problème; cela ne nous place-t-il pas dans une situation compromettante?»

J'avais envie de lui répondre que de toute façon, il se compromettait en déclarant que ces travailleurs pouvaient travailler avec des isocyanates plutôt que de recommander à l'employeur de trouver d'autres procédés moins dangereux. Nos objectifs sont les mêmes, mais les décisions que nous prenons divergent.

À mon avis, le point de litige dans cette distinction entre préservation de l'ouïe et élimination des bruits dépend du point de vue; certains mettent l'accent sur la prévention à l'exposition comme telle, et d'autres insistent sur la nécessité d'empêcher les travailleurs de se mettre dans une situation où ils seront exposés aux risques, puis de les surveiller et de les renvoyer lorsqu'ils subissent des lésions, s'il y a lieu. Je soutiens que ce sont ceux d'entre nous qui sont favorables à l'élimination du bruit qui accordent la priorité à la prévention. Au cours de discussions de ce genre, on remarque que très souvent, la surveillance médicale est considérée comme un élément de la prévention. Elle ne l'est pas. Je crois que nous devrions orienter le débat vers la priorité à accorder à la prévention.

Les gouvernements et les entreprises doivent choisir entre l'élimination radicale des expositions au moyen de mesures de substitution ou de mesures d'ingénierie effficaces, ou la possibilité de tolérer des niveaux dangereux d'exposition, quitte à introduire par la suite des mesures de protection, ou encore d'empêcher les travailleurs hypersensibles d'être exposés ou de les renvoyer s'ils développent des symptômes de maladie.

Malgré notre opposition, les normes gouvernementales actuelles dans toutes les régions administratives du Canada autorisent l'exposition à des niveaux qui, nous le savons, provoqueront des maladies chez un certain nombre de travailleurs exposés. Dans le cas du bruit, le niveau d'exposition est fixé à 90 décibels; or nous savons qu'à 90 décibels, il peut y avoir diminution de l'acuité auditive. Pour ce qui est des isocyanates, la limite est fixée à 0,02 partie par million et la moyenne d'exposition est de 0,005 partie par million; mais nous savons, d'après des données scientifiques, qu'un pourcentage non négligeable de travailleurs exposés à ce niveau développera une intolérance ou d'autres problèmes de santé.

Jim Turk *suite*

On peut aussi jeter un coup d'oeil à la liste des normes canadiennes sur le plomb, qui sont trois fois plus élevées que les normes américaines. Nous nous trouvons devant la situation suivante: les autorités ont choisi de permettre l'exposition des travailleurs à des niveaux plus élevés, pour ensuite assurer leur protection par de l'équipement de protection individuelle et autres dispositifs, ou par la surveillance. À notre avis, la question de la surveillance est elle aussi basée sur un certain nombre de principes que nous mettons sérieusement en doute; la presque totalité du reste de cet atelier sera orientée vers l'identification de ces doutes et des problèmes.

Gordon Atherley

Ce que vous nous avez demandé, entre autres choses, est de définir la prévention; s'agit-il d'empêcher que les conditions de travail nuisent à la santé des gens ou de prévenir la détérioration de la santé en éloignant les travailleurs d'une source de danger? Voilà une question à laquelle il va falloir répondre.

J'en reviens aux considérations politiques. En définitive, les décisions dans une société sont prises par les gouvernements élus selon un processus démocratique. Deux de nos conférenciers ont attiré notre attention sur ce sujet, car nos discussions comportent de nombreuses références aux lois, que ce soit la Loi sur les droits de la personne ou la Loi sur la santé et la sécurité au travail. Un grand nombre de spécialistes sont eux-mêmes concernés par la législation car c'est en vertu des lois sur les sciences de la santé dont John parlait que nous sommes autorisés à exercer nos fonctions.

Nous allons maintenant passer à l'exposé de Stu. Jim nous a parlé des choix qui provoquent des tensions et des contraintes et nous allons chercher une façon de les résoudre par l'information et la compréhension. Plus tôt, j'ai fait allusion au succès de la conférence du Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie dont le thème était le même et dont les débats ont servi de base à cet atelier. Certains d'entre nous ont assisté à cette conférence.

Pour situer Stu dans le contexte de la question que je vais lui poser, j'ai relevé un communiqué de presse dans la *Occupational Safety and Health Reporter* intitulé: «Selon Ashford, des conséquences discriminatoires peuvent entraîner la fin de la surveillance médicale». Nick Ashford est un des rédacteurs de ce domaine; il a écrit un excellent livre qui sert de référence à un grand nombre de personnes. Il est certain qu'il fait intervenir des éléments d'intellectualisme dans plusieurs aspects du domaine. La coupure de presse déclare que la surveillance médicale, qui a pour conséquence le retrait de travailleurs de certains milieux de travail

Gordon Atherley *suite*

dangereux, comporte des éléments implicites de discrimination qui pourraient éventuellement conduire à la fin de cette pratique. Ashford qualifie la surveillance médicale d'activité problématique dans la plupart des cas, car les techniques utilisées sont souvent peu fiables et non spécifiques. À mon avis, cette déclaration fait écho aux paroles de Jennifer et de Brian au sujet de la science. Un peu plus loin, on peut lire: «Nous insistons surtout sur la précision, la fiabilité et la prévisibilité... Par conséquent, les employeurs prennent souvent des décisions arbitraires car ils cherchent à éviter d'être poursuivis pour défectuosité des produits ou d'avoir à augmenter les versements de cotisations à la caisse d'indemnisation des travailleurs».

Ashford cite ensuite le cas d'une compagnie qui renvoyait ses travailleurs noirs car on croyait que s'ils étaient exposés à des substances chimiques organiques, ils risquaient davantage de contracter l'anémie à hématies falciformes. Stu, je voudrais que vous enchaîniez sur les tensions et les contraintes soulignées par Ashford, même si certaines peuvent très bien ne pas exister au Canada; quelles ont été les solutions proposées lors de la conférence du STEC et sur quels points les participants à cet atelier devraient-ils se pencher pour améliorer les recommandations du STEC? En d'autres termes, Stu, j'aimerais que vous nous indiquiez jusqu'où vous êtes allés et dans quelle mesure nous devrions pousser l'issue de ces questions?

Stu Sullivan
Syndicat des travailleurs de l'énergie et de la chimie (STEC)

Merci Gordon. La semaine dernière, le directeur Basken m'a demandé de le remplacer durant cet atelier et je suis bien content d'être ici. La conférence du STEC a été une expérience unique parce que nous avions invité des gestionnaires d'entreprises, même si l'événement était parrainé par le STEC. Nous avons choisi diverses entreprises avec lesquelles nous avons des rapports et leur avons demandé de nous envoyer des représentants; nous avons également invité des représentants du corps médical et certains spécialistes. En plus des membres de notre syndicat, cette conférence regroupait donc un échantillonnage assez complet de l'infrastructure des entreprises avec lesquelles nous faisons affaire.

Je crois que les représentants de notre syndicat sont arrivés à la conférence avec certaines idées préconçues, notamment que les médecins d'entreprises (c'est ainsi qu'ils ont été qualifiés) n'étaient rien d'autre que des détectives, des distributeurs d'aspirine, qu'ils étaient là ni plus ni moins pour appuyer la position de la direction. C'était notre position au départ et du côté du patronat, on avait

Stu Sullivan *suite*

la vague opinion que les travailleurs sont des gens qui, en général, se cherchent des excuses pour faire moins d'heures de travail et utilisent les maladies comme prétexte pour obtenir des congés.

Un des commentaires issus de la conférence a été très positif. Certaines personnes ont déclaré que c'était la première fois qu'elles assistaient à une conférence de ce genre et que leur opinion en avait été complètement changée. À mon avis, un des résultats de la conférence a été que nous avons commencé à mieux comprendre certains des problèmes: nous avons compris les problèmes des travailleurs, et nous avons commencé à saisir l'importance de certaines des difficultés auxquelles font face les gestionnaires et les médecins des entreprises.

Après la conférence, nous avons eu l'occasion de nous pencher sur toutes les questions soulevées par l'article dont on vient de nous faire la lecture. Nous avons décidé d'élaborer une politique que nous allons soumettre à notre bureau exécutif, puis que nous présenterons en assemblée nationale en juillet afin d'obtenir la sanction finale. Pour répondre à la question de Gordon, je vais donc expliquer notre politique, c'est-à-dire le résultat de la conférence.

Laissez-moi tout d'abord vous mentionner que nous avons utilisé les expressions surveillance de la santé des travailleurs et surveillance des lieux de travail parce que là se trouve le noeud du problème. L'objectif de notre politique est d'aider les syndicats locaux et leurs membres à prévenir et à éliminer les maladies professionnelles et les accidents de travail. Tout programme de surveillance de la santé des travailleurs et de surveillance des lieux de travail doit être mis sur pied avec l'entente globale des syndicats et des entreprises. Ce consensus a été jugé essentiel par les participants à la conférence. Un programme semblable doit répondre aux objectifs suivants:

- Avant sa mise en oeuvre, il doit être approuvé par le bureau national du syndicat.
- Le programme doit être créé, mis en oeuvre et appliqué conjointement grâce à une formule de consultation entre la direction des entreprises et les syndicats.
- Le programme doit assurer aux médecins et autres spécialistes du domaine médical embauchés par les entreprises un statut d'indépendance continuelle.
- Le programme ne doit pas être utilisé au détriment des travailleurs ou aller contre leurs intérêts.
- Il faut établir un mécanisme de dialogue continu entre toutes les parties concernées par le programme.

Stu Sullivan *suite*

- Le programme doit comporter des clauses sur la sécurité d'emploi et sur les sujets connexes.
- Le programme doit étudier les mécanismes de surveillance médicale et des lieux de travail, et les questions connexes.
- Le programme doit tenir compte des questions mentionnées dans les documents d'information et la liste des points à étudier.

A. Prévention. La priorité est accordée à la prévention, que ce soit par l'application des principes de l'ergonomie, l'élimination ou la substitution de substances contaminantes ou des dangers à leurs sources. Ces méthodes principales de prévention doivent être appliquées en même temps que les mesures suivantes:

B. Surveillance des lieux de travail. La deuxième place dans l'échelle des priorités est accordée à la surveillance du milieu et des lieux de travail, à la divulgation des résultats des tests, aux mesures à prendre et aux questions soulevées.

C. Surveillance de la santé des travailleurs. On ne peut mettre en œuvre un programme de surveillance de la santé des travailleurs que si un programme de prévention et de surveillance des lieux de travail (paragraphes A et B) est déjà en place.

Avant de demander aux sections locales et aux groupes de négociation collective d'autoriser les travailleurs à se soumettre à un programme de surveillance, il est nécessaire de démontrer que les lieux de travail menacent effectivement leur santé.

Un programme de surveillance de la santé des travailleurs doit être établi sur une base volontaire, sauf dans les cas suivants:

- les règlements actuels s'y opposent;
- un programme de surveillance médicale est déjà en place pour une substance dangereuse connue. Dans ce cas, ce programme devrait se poursuivre temporairement tant que les travailleurs en retireront bénéfice et protection et jusqu'à l'élimination de la source d'exposition;
- si une des parties désire mettre fin au programme, elle devra en aviser l'autre partie et, à moins d'avis contraire, le programme devra prendre fin 30 jours après la réception de l'avis. Tous les dossiers devront être remis aux travailleurs qui ont participé au programme et tous les fichiers informatisés ou banques de données doivent être détruits à moins d'entente contraire.

Voici un bref aperçu de la liste des questions sur la surveillance médicale:

- Participation volontaire des travailleurs.

Stu Sullivan *suite*

- Validation: de nombreux tests de laboratoire ne sont pas assez sensibles et d'autres ne permettent pas de dépister les maladies chez les individus atteints. Certaines épreuves ne sont pas suffisamment spécifiques et dépistent des affections chez des personnes qui sont en réalité en bonne santé. Il est donc important de savoir quelles méthodes seront appliquées.
- Énoncer clairement les objectifs des tests et des examens.
- Établir la relation entre la procédure d'examen et le travail avant de demander à un travailleur de se soumettre à un examen ou à un test.
- Les tests ou les examens doivent être sans danger pour la santé.
- Les résultats des examens médicaux doivent être communiqués aux employés et doivent faire l'objet de vérification.
- Il faut produire des données groupées et individuelles anonymes afin d'obtenir des interprétations objectives et de l'information exacte.
- Accorder aux travailleurs le droit de prendre connaissance de leur dossier à tout moment.
- Les médecins et les spécialistes du domaine médical doivent assurer et maintenir le caractère confidentiel des données.
- Les formulaires de consentement doivent comprendre le nom du travailleur et de la personne qui reçoit les renseignements, la nature des renseignements recherchés et les objectifs projetés (par exemple, enquête épidémiologique ou affection spécifique), la date d'expiration, une clause d'annulation et un avis accordant aux travailleurs le droit de refuser que l'information soit transmise à un tiers.
- Divulgation de renseignements médicaux: s'assurer qu'aucune pression n'est exercée sur les travailleurs lorsqu'on leur demande la permission de divulguer des renseignements médicaux.
- Assurer l'emploi et le salaire en cas de mise à pied d'un travailleur pour raisons médicales.
- L'argument de la tolérance individuelle est inacceptable. S'y prêter signifie que l'on reconnaît qu'un travailleur est responsable du fait qu'une maladie professionnelle l'affecte lui particulièrement plutôt qu'un autre.
- Lorsque l'on utilise des statistiques épidémiologiques, il faut tenir compte du facteur de santé des travailleurs. Souvenons-nous que les entreprises embauchent les gens les plus sains car ils résisteront plus longtemps aux maladies et aux affections. La comparaison des travailleurs en bonne santé au public moyen n'est pas toujours objective.
- Surveillance biologique: comprend habituellement l'analyse des liquides organiques et des excréments.
- La compilation des antécédents médicaux d'une personne doit être effectuée par une tierce partie (indépendante).
- Méthodologie des tests: les méthodes employées pour effectuer les tests sont aussi importantes que les résultats. Les travailleurs doivent être informés des méthodes utilisées.

Stu Sullivan *suite*

- Sécurité d'emploi: la mise à pied d'un travailleur pour raison médicale doit s'accompagner d'une garantie de sécurité des revenus et des avantages.
- Financement par les entreprises (dans certains cas, on pourra accepter des subventions du gouvernement pour contrebalancer les coûts).
- Le droit de continuer à exercer un emploi valorisant.
- Il faut que les syndicats puissent continuer à défendre les travailleurs mis à pied ou mutés à un autre emploi, même si cet emploi déborde du rayon d'action des syndicats (procédures de grief et d'arbitrage). Garantir le droit des travailleurs de pouvoir revenir sous la protection syndicale.
- Formation de travailleurs à un nouvel emploi et nouvelle définition des tâches.
- Mutation à un emploi équivalent.
- Réadaptation.
- Protection du fonds de retraite de la même façon que si les employés avaient continué à travailler.
- La rotation (ou le partage des tâches) ou le remplacement d'un travailleur mis à pied pour raison médicale par un autre ne sont pas des solutions acceptables; le partage de l'exposition à la suite d'une réorganisation d'un emploi n'est pas acceptable non plus.
- Dossiers d'acheminement: ces dossiers doivent répondre aux objectifs.
- En cas d'échec, il faut remettre les dossiers aux travailleurs et détruire les fichiers enregistrés dans une banque de données.

C'était là un résumé de la politique élaborée à l'issue de la conférence. À aucun moment nous n'avons perdu de vue l'objectif essentiel, soit l'atteinte de la salubrité dans les lieux de travail. Cet objectif doit demeurer prioritaire. Les travailleurs en ont probablement assez de servir de cobaye dans les études sur les effets de substances comme le PCV, l'amiante, la poussière de charbon, les BPC, le plomb, le mercure, le benzène, qui sont toutes extrêmement dangereuses et peuvent, dans certains cas, occasionner la silicose ou d'autres types de cancer; la toxicité de ces substances a été découverte lorsque des travailleurs ont commencé à en être victimes et ce n'est que plus tard que l'on a pris des mesures afin de nettoyer l'environnement. Nous soutenons que cette situation doit être renversée.

Gordon Atherley

Stu, je pense que vous avez terminé votre exposé par une déclaration qui répond très bien à une des questions de Jim. Vous avez également déclaré que votre politique a déjà abordé certaines des préoccupations majeures soulevées par Ashford. En me basant sur ce que vous nous avez dit, je crois que votre politique nous

Gordon Atherley *suite*

incite à nous poser une foule d'autres questions auxquelles il faudrait maintenant s'efforcer de répondre. Je ne pense pas que vous vouliez prétendre que votre politique peut résoudre tous les problèmes et que le débat est clos. Des questions de priorité ont été définies.

Séance plénière finale

Compte rendu des spécialistes de la médecine du travail

John Cowell

Voici une liste des questions qui, selon nous, devraient faire l'objet de discussions si c'est possible.

1. Modèles de rechange destinés à assurer des services de santé au travail dans les petites et grandes entreprises.

2. La participation des spécialistes de l'hygiène professionnelle à la surveillance de l'absentéisme et au règlement des conflits patronaux-syndicaux.

3. Les conséquences des mesures législatives actuelles.

4. L'importance de la gestion des risques et de l'élimination des dangers.

5. Questions d'éthique
   - caractère confidentiel de l'information
   - compétence des médecins, des infirmières et des hygiénistes
   - liberté d'action pour ces spécialistes.

6. Reconnaissance de la capacité professionnelle et formation des spécialistes de l'hygiène industrielle à temps complet ou partiel.

7. Le rôle des spécialistes de l'hygiène professionnelle dans l'indemnisation des travailleurs.

8. Examens physiques obligatoires ou volontaires.

9. Le rôle du gouvernement.

10. Disponibilité de la main-d'oeuvre.

11. Propriété des dossiers médicaux, y compris le droit d'accès des travailleurs et des spécialistes en hygiène industrielle.

12. Politisation des spécialistes de l'hygiène industrielle dans l'hygiène professionnelle en général.

John Cowell *suite*

13. Nécessité d'assurer et d'encourager l'application efficace de l'hygiène professionnelle.

14. Liberté de choix ou compétence des spécialistes de l'hygiène industrielle.

Ces questions sont générales; nous en avons tiré quelques éléments clés qui ont été divisés en deux catégories: questions non résolues et recommandations spécifiques. Les questions de la propriété des dossiers médicaux et des examens physiques obligatoires ou volontaires ont provoqué des débats animés. Nous avons également porté une grande attention aux questions d'éthique et d'application efficace des techniques d'hygiène professionnelle. Toutes ces questions ont été résumées dans les paragraphes qui suivent.

Questions non résolues nécessitant d'autres discussions (interlocuteurs)

1. **Protection légale et économique des employeurs qui embauchent des travailleurs à un emploi comportant de plus grands risques.** Si, une fois terminée l'évaluation de la capacité de travailler, un spécialiste de l'hygiène professionnelle s'aperçoit que le travailleur examiné ne peut exercer un emploi sans modifier les tâches, qu'arrive-t-il au travailleur en question? Nous pensons que dans ce cas, le syndicat et la direction de l'entreprise doivent se concerter et trouver un moyen de procurer un emploi à cette personne, de façon à ne pas obliger les spécialistes de l'hygiène professionnelle à intervenir dans les décisions sur l'embauche. Nous avons abondamment discuté du fait que les syndicats et les gestionnaires d'entreprises reconnaissent comme légitime le désir des spécialistes de l'hygiène professionnelle d'avoir un statut indépendant et de pouvoir travailler selon leur propre code d'éthique, au meilleur de leurs compétences et de leur formation. Nous voulons que les syndicats et les gestionnaires négocient entre eux de ce qu'il convient de faire des décisions prises par les spécialistes de l'hygiène professionnelle.

2. **Informer les petites entreprises et éveiller leur intérêt.** On estime que 90 pour cent des travailleurs canadiens ont peu ou pas accès aux services des spécialistes d'hygiène professionnelle. Il en résulte que les spécialistes présents ici et d'autres qui, comme nous, travaillent auprès des 10 pour cent des travailleurs ayant droit à nos services, ont à subir le contrecoup du mécontentement des 90 pour cent des travailleurs non desservis. Nous croyons donc que les spécialistes de l'hygiène professionnelle, les syndicats, les

Questions non résolues *suite*

gestionnaires et les gouvernements doivent tenter par tous les moyens de créer un système d'aide directe aux petites entreprises ou du moins, démontrer à ces dernières que leurs employés méritent considération.

3. **Les syndicats, les gestionnaires et les spécialistes de l'hygiène professionnelle devraient avoir une meilleure connaissance des codes d'éthique des spécialistes de l'hygiène professionnelle.** En d'autres termes, l'hygiène professionnelle pourra s'exercer de façon indépendante seulement lorsque les syndicats et les employeurs reconnaîtront que les spécialistes de ce domaine obéissent à une éthique qui leur est propre. Un spécialiste de l'hygiène professionnelle compétent comprend la déontologie médicale et la respecte. Les employeurs ne devraient donc pas exiger l'accès aux dossiers et les syndicats devraient comprendre que les spécialistes ne chercheront pas à divulguer l'information médicale. Il faut que s'installe un climat de confiance, et cela ne sera possible que si les deux parties comprennent que les spécialistes de l'hygiène professionnelle obéissent à un code d'éthique. Nous mentionnons les spécialistes de l'hygiène professionnelle parce que nous savons très bien que dans le passé et peut-être même à l'heure actuelle, un grand nombre d'entre eux ont oublié ce code ou ne savaient même pas qu'il existait. Nos associations ne cessent de rappeler à leurs membres qu'ils doivent respecter l'éthique de la profession. Une fois qu'ils auront bien compris, le statut d'indépendance des spécialistes de l'hygiène professionnelle sera reconnu, que ce soit dans des cliniques privées, des cliniques subventionnées par les syndicats ou par les employeurs.

4. **Mécanisme de reconnaissance de la capacité professionnelle des spécialistes de l'hygiène professionnelle.** Ce mécanisme devrait comprendre la reconnaissance de leur formation, de leurs compétences et de l'endroit où ils pratiquent. À notre avis, il devrait y avoir une formule de reconnaissance pour ces trois éléments. Ceci permettrait d'éviter que du personnel non qualifié ouvre des cliniques un peu partout, comme on le voit à l'heure actuelle. Ce genre de situation nuit à la réputation de la profession. Comme je l'ai déjà dit, la reconnaissance des programmes de formation et de la capacité professionnelle est déjà implantée au Canada; la CCMT (Commission canadienne de la médecine du travail), et bientôt le Collège royal des médecins et chirurgiens, s'en occupent. La reconnaissance de la capacité professionnelle des infirmières en hygiène industrielle relève du Canadian Council of Occupational Health Nursing et celle des hygiénistes relève de l'AIHA

Questions non résolues *suite*

(American Industrial Hygiene Association). Si vous êtes à la recherche d'un spécialiste de l'hygiène professionnelle en qui vous pouvez avoir confiance, nous vous recommandons de vérifier tout d'abord s'il est au moins reconnu par un de ces organismes.

5. **Directives sur la propriété des dossiers médicaux et l'accès aux renseignements.** Nous croyons que les organismes de réglementation professionnelle, les organismes de reconnaissance de la capacité professionnelle, des associations comme l'AMTC (Association des médecins du travail de Canada) et l'OOHNA (Ontario Occupational Health Nurses Association), devraient établir des directives sur la propriété des dossiers médicaux et l'accès aux renseignements. Nous ne savons pas qui devrait posséder les dossiers médicaux, qui devrait y avoir accès et de quelle façon. Cela concerne entre autres les spécialistes de l'hygiène professionnelle qui veulent pouvoir continuer à avoir accès à un dossier qui peut ne pas être en leur possession. D'une façon générale, il a été convenu que l'information était la propriété de l'employé et du médecin ou de l'infirmière en charge du dossier. Si un dossier a été constitué au sein d'une entreprise, je suppose qu'alors l'employeur est propriétaire du document. Il s'agit de questions de propriété et d'accès. Al Cecutti a lu les recommandations qui seront bientôt émises par le Collège des médecins et des chirurgiens de l'Ontario, et je crois que des directives de ce genre nous aideront à trancher la question.

Recommandations

1. **Il faut trouver une expression plus adéquate que surveillance médicale.** Les syndicats, les spécialistes de l'hygiène professionnelle, les gestionnaires d'entreprise et les gouvernements doivent se réunir pour trouver une meilleure solution. Nous n'étions pas prêts à proposer une définition permanente, mais nous ne sommes pas satisfaits de la terminologie actuelle et désirons qu'elle soit changée en cours de route.

2. **Organisation d'une étude, d'un atelier ou d'une conférence pour étudier d'autres façons d'assurer les services d'hygiène professionnelle.** En tant que groupe, nous croyons qu'il doit exister plusieurs façons différentes d'assurer des services d'hygiène professionnelle selon les intéressés. À notre avis, il n'y a pas qu'une seule bonne façon et cela pourrait constituer la base d'une conférence.

Recommandations *suite*

3. **Les spécialistes de l'hygiène professionnelle doivent établir et publier des codes d'éthique et des codes de pratique, en insistant sur la nécessité de leur accorder un statut d'indépendance.** Nous n'avons pas encore trouvé la façon de justifier cette exigence mais nous croyons qu'elle devrait faire l'objet d'une recommandation ferme.

4. **On ne devrait avoir recours à la surveillance médicale obligatoire que lorsque la santé et la sécurité des autres est menacée,** tout en reconnaissant que la participation volontaire est la situation idéale.

5. **Créer un groupe de spécialistes de l'hygiène professionnelle qui cherchera à élaborer un processus d'identification des spécialistes compétents de façon à ce que les travailleurs soient libres de choisir.** Comme groupe, nous souscrivons au concept de la liberté de choisir mais nous voulons être certains que les médecins choisis auront la compétence nécessaire pour prendre des décisions pertinentes.

Réponses

Rae Erskine (mouvement syndical) - Rien dans les déclarations des spécialistes de l'hygiène professionnelle n'a surpris les représentants syndicaux. Un grand nombre des recommandations sur des questions d'actualité vont dans le sens de la pensée syndicale. Il nous faut maintenant nous orienter et pour le faire, il serait peut-être bon de nous baser sur ces suggestions.

Frank Hubbard (employeurs) - Je crois que les spécialistes de la sécurité, la santé et l'hygiène sont une ressource pour les gestionnaires, les travailleurs et les syndicats, s'il y a lieu, et que leur attitude au cours de cette conférence en témoigne. Nous croyons qu'étant donné leur formation, leurs antécédents et leur profession, il est juste que ce soit eux qui établissent leurs directives professionnelles en fonction de leurs propres objectifs. Nous appuyons fondamentalement la position qu'ils ont adoptée. Je crois cependant qu'il faut discuter davantage de la question de la propriété des dossiers. Il ne fait aucun doute dans l'idée des employeurs que les spécialistes de l'hygiène sont les gardiens, les détenteurs de ces documents, mais il reste à résoudre la question de la propriété.

Colin Lambert (mouvement syndical) - A-t-on cherché à discuter des conflits réels ou apparents qui assaillent les médecins des entreprises lorsqu'ils s'efforcent de se conformer à leurs codes d'éthique et à leurs principes? Dans notre atelier, nous avons analysé cette question et à mon avis, nous pourrions proposer différents moyens de faciliter la tâche des spécialistes.

Réponses *suite*

John Cowell - Ces moyens ont fait l'objet d'un grand nombre de discussions. En fait, nous en avons tellement parlé que nous avons recommandé d'organiser une conférence des médecins du travail sur ce sujet. Nous avons reconnu que les gestionnaires d'entreprise et les syndicats ont toujours exercé des pressions exagérées sur les spécialistes de l'hygiène professionnelle. Non pas que leur point de vue soit injustifié, mais à notre avis, la pression semble exagérée et nous voulons obtenir l'assurance de pouvoir exercer notre profession de façon indépendante et objective. La provenance de notre salaire, que nous soyons au service d'un centre médical indépendant au coin de la rue, d'une clinique subventionnée par un syndicat ou par un employeur, ne devrait pas entrer en ligne de compte. En tant que groupe de spécialistes, nous ne croyons pas que l'un ou l'autre des modèles proposés était spécialement bon ou mauvais. Nous avons parmi nous des médecins qui travaillent dans des cliniques subventionnées par les syndicats, d'autres qui travaillent pour des employeurs, pour le gouvernement et à leur compte. Chacun a exprimé son opinion et a fini par souscrire aux recommandations. Les débats ont été animés, mais nous voulons tous sentir que nous pouvons exercer notre profession dans un contexte de justice, d'indépendance et d'objectivité.

Compte rendu du mouvement syndical

Rae Erskine - Nous avons également des opinions différentes au sein du mouvement syndical, mais nous avons essayé de nous entendre pour faire des recommandations.

1. **Droits de la personne.** Cette question touche à la fois aux programmes fédéral et provinciaux des droits de la personne, car les deux paliers de gouvernement ont un très grand rôle à jouer.

   Une question non résolue: tout nouveau programme mis sur pied devrait être évalué en tenant compte des lois sur les droits de la personne qui existent à l'heure actuelle. Toute échappatoire ou déficience dans la législation devra être éliminée. Sans aucun doute, le programme devrait être mis à l'épreuve au cours d'une procédure judiciaire, que ce soit dans un tribunal fédéral ou provincial.

2. **Dossiers - Confidentialité - Confiance.** Au cours des deux ou trois dernières journées, et onze mois plus tôt, nous avons abondamment discuté de la question des dossiers. Nous n'avons aucune objection à ce que les spécialistes de l'hygiène professionnelle veulent en faire; là où nous sommes moins d'accord, c'est avec les employeurs.

Compte rendu du mouvement syndical *suite*

Confidentialité et confiance: Je crois que nous avons perdu confiance dans les spécialistes de l'hygiène professionnelle, ou que du moins, nous sentons que cette confiance a été trahie; c'est pour cette raison que l'ensemble des gens vont maintenant dans des dispensaires pour travailleurs ou dans des polycliniques. Nous ne savons pas comment restaurer cette confiance, mais à notre avis, la participation du mouvement syndical à des conférences comme celles-ci pourrait y contribuer largement.

Une autre question non résolue est celle de l'*indépendance des spécialistes de l'hygiène professionnelle* et de leur capacité à fournir des services d'hygiène professionnelle aux travailleurs. Nous avons beaucoup discuté de cette question au cours des deux derniers jours et je crois que nous sommes parvenus à une entente sur la position que devront occuper les spécialistes de l'hygiène professionnelle.

Nous recommandons d'étudier différentes formules de prestation de services d'hygiène professionnelle, peut-être par l'intermédiaire d'un service central. Nous avons examiné trois modèles: (1) le type de services que l'on trouve aujourd'hui sur les lieux de travail, avec des spécialistes embauchés par la compagnie, (2) les dispensaires de travailleurs ou les dispensaires gouvernementaux, ou (3) les cliniques indépendantes, subventionnées par les CAT ou autres organismes gouvernementaux.

Ce service central pourrait relever du ministère du Travail de la province de l'Ontario, là où l'on signale les maladies lorsqu'elles sont dépistées. On conserve les résultats et les dossiers pendant 20 ou 40 ans, selon les lois sur les substances désignées. Nous voulons aller un peu plus loin et combler le fossé grâce à l'établissement d'un service central, ce qui nous éviterait de mauvaises surprises au bout de 10 ans.

3. **Mécanismes de prestation de soins en hygiène professionnelle.** Nous tenons absolument à ce que tous les travailleurs soient représentés. Les participants à cet atelier ne sont qu'un petit groupe de personnes de très bonne réputation qui représentent les entreprises, les syndicats et les spécialistes; une grande proportion de travailleurs, syndiqués ou non, n'est pas représentée. Ceci préoccupe le mouvement syndical. En définitive, tous les travailleurs devraient être représentés.

   Nous recommandons spécifiquement de créer une commission qui traiterait tous les aspects de l'hygiène et de la sécurité au travail, plus ou moins selon le modèle du Québec.

Compte rendu du mouvement syndical *suite*

4. **Sécurité d'emploi.** À ce sujet, les questions non résolues portent sur la discrimination, la perte d'emploi, la perte de salaire et le droit à un emploi valorisant. Nous savons tous qu'il s'agit là de problèmes très réels. Il y a tous les jours des cas de discrimination, de perte d'emploi et de salaire. La question de l'emploi valorisant peut être interprétée de plusieurs façons, mais il n'en reste pas moins qu'elle pose des problèmes. À notre avis, il n'y a qu'une seule façon d'obtenir l'unanimité sur ces questions, et c'est par l'adoption de lois, c'est-à-dire qu'il faut encore une fois demander au gouvernement d'intervenir.

5. **Le droit d'être informé.** Les problèmes à résoudre ici sont la mauvaise utilisation et la non-divulgation de l'information. À ce sujet, nous devons retourner en arrière et citer des cas de dossiers qui ont traîné pendant 16 ou 18 ans dans les tiroirs d'une compagnie, et de certains rapports sur des maladies préparés longtemps avant que ces dernières ne se manifestent chez les travailleurs.

   Nous recommandons la divulgation pleine et entière des renseignements sur les dangers pour la santé et des dossiers médicaux; il incombe aux entreprises de nous renseigner sur les substances avec lesquelles nous travaillons et sur les risques qu'elles présentent. À notre avis, le système SIMDUT (Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail), à l'étude depuis quelques années et qui, on l'espère, sera bientôt mis en service, pourra contribuer à résoudre le problème de la divulgation et de la disponibilité de l'information.

6. **Prévention des maladies.** Le problème en suspens à ce sujet est celui de la mauvaise application de la surveillance médicale des travailleurs, des dossiers et des tests. Lorsque, par exemple, on veut déterminer la présence de plomb dans le corps, on fait une analyse sanguine. Mais qu'arrive-t-il du sang prélevé? En utilise-t-on une partie pour déterminer la teneur en plomb et une autre portion pour d'autres tests? Nous avons le droit de savoir. Quant à la mauvaise utilisation des dossiers, que devrions-nous faire à ce sujet? La surveillance médicale devrait-elle se faire à la première étape ou devrait-elle passer après les programmes d'hygiène professionnelle et l'identification des maladies?

   Nous recommandons que les spécialistes de l'hygiène professionnelle interviennent afin d'éliminer les risques de maladie à leur source. Cette recommandation est assez vague, mais nous croyons que les spécialistes de l'hygiène professionnelle ont le pouvoir d'intervenir, de remédier aux problèmes sur les lieux de travail et d'aider les travailleurs touchés.

Compte rendu du mouvement syndical *suite*

7. **Droits des employeurs.** On fait ici allusion à la perception erronée que nous avons des droits des employeurs. Comme nous l'avons entendu hier et aujourd'hui, il s'agit là d'un problème réel, surtout au chapitre des mésententes sur la propriété des dossiers médicaux.

   Nous recommandons d'encourager les employeurs à participer à une réunion comme celle-ci et d'essayer de les éduquer.

8. **Formation.** Malgré le peu de temps dont nous disposions, nous avons quand même discuté de la question de la formation. Hier, on a mentionné la nécessité que les syndicats présentent des suggestions au moment de la préparation des programmes de formation des spécialistes en hygiène professionnelle de tous les niveaux. On pourrait avoir des discussions fructueuses au sujet des pouvoirs des spécialistes, de leur code d'éthique et de leurs programmes, qui pourraient trouver un écho au sein du mouvement syndical.

Réponses

Pete Bishop (mouvement syndical) - Je voudrais répondre à John Cowell. M. Cowell a semblé inquiet hier lorsque nous avons recommandé que les syndicats participent à la reconnaissance de la capacité professionnelle des spécialistes de l'hygiène professionnelle. Je voudrais clarifier cette question: nous n'exigeons pas le droit de nous mêler au processus de reconnaissance mais nous aimerions être en mesure de faire valoir nos opinions au moment de la préparation des programmes de formation des spécialistes et des modèles de prestation des services de santé. Vous n'oubliez pas, j'en suis certain, que nous sommes les principaux utilisateurs de ces services et que nous avons à ce sujet des intérêts légitimes qui ont pu vous échapper. Lorsque vous préparez des programmes et que vous étudiez des modèles, vous devriez chercher à obtenir les opinions de toutes les parties concernées, y compris le mouvement syndical et la direction des entreprises.

John Cowell - À mon tour d'apporter des précisions sur mon inquiétude. Ce qui me préoccupait hier, c'est qu'à mon avis, les médecins obtiennent et maintiennent une place particulière dans la société en se régissant de façon autonome. Or, si la situation en est rendue à un point où nous avons perdu notre crédibilité auprès de la société et ne pouvons plus agir de façon autonome, nous avons un problème grave. J'essayais en fait d'expliquer qu'il est honteux que nous ayons atteint un point où des intervenants de l'extérieur exigent de participer davantage à ce processus d'autodiscipline. Si j'ai bien compris le message, vous voulez que nous mettions de l'ordre dans nos affaires. Je n'ai pas voulu critiquer votre opinion, mais le fait que vous pensiez cela au sujet

Réponses *suite*

de la reconnaissance de la capacité professionnelle des spécialistes m'a inquiété. Personnellement, je n'ai rien contre l'idée que les syndicats donnent leur opinion au moment de la préparation des programmes. Je n'ai rien non plus contre l'idée que les syndicats participent de façon ou d'une autre à la certification d'organismes qui fournissent des services d'hygiène professionnelle.

Jonas Kalnas (spécialiste de l'hygiène professionnelle) - Au sein du groupe des médecins, nous avons pendant un certain temps discuté des aspects obligatoires ou volontaires de la surveillance médicale ou des services de santé. J'ai remarqué que les syndicats n'ont pas cru bon d'aborder ce sujet. J'en conclus donc que vous partez du principe que tout doit être fait sur une base volontaire. Toutefois, j'ai remarqué que certaines de vos recommandations précisent que les spécialistes de l'hygiène professionnelle doivent parfois intervenir afin de pratiquer la prévention; ceci pourrait porter à confusion et on pourrait penser que les spécialistes de l'hygiène professionnelle doivent intervenir et inciter ou obliger les employeurs à prendre des mesures qui ne seront pas volontaires. Vous devriez peut-être apporter des précisions sur cette question.

Rae Erskine - Nous faisions allusion à la prévention des maladies. Lorsque les médecins de l'hygiène industrielle dépistent une maladie, ils ont le pouvoir ou l'autorité d'intervenir. À cette étape, vous devriez en discuter avec les travailleurs seulement. Dans certains cas, les gestionnaires de l'entreprise en sont informés et le travailleur concerné est laissé dans l'ignorance. En tant que spécialiste, vous devez disposer de la pleine liberté d'assurer les soins à cette personne et de la recommander à d'autres spécialistes. C'est ce à quoi nous faisons allusion lorsque nous parlons d'intervention.

Jonas Kalnas - Cela signifie-t-il que si je décide, à titre de médecin, qu'un travailleur n'est pas apte à effectuer son travail, ce dernier pourra involontairement perdre son emploi?

Rae Erskine - Notre groupe n'a pas abordé cette question mais je crois que je peux déclarer au nom du mouvement syndical que non, ce n'est pas ce que nous voulions dire.

Jonas Kalnas - Je crois que vos recommandations pourraient porter à confusion dans le compte rendu de cet atelier et que vous devriez les clarifier.

Stu Sullivan (mouvement syndical) - Revenons à la formation. Nous avons également abordé la question d'accorder davantage d'importance à la formation des médecins en santé communautaire sur les dangers au travail. Nous croyons que les médecins en santé communautaire devraient prendre en considération l'endroit où

Réponses *suite*

ils devront exercer leurs fonctions et le type de travail qu'ils seront appelés à faire; par exemple, si vous pratiquez la médecine à Hamilton, il est évident qu'il serait important de comprendre l'industrie de l'acier et les risques que cela présente pour la santé.

John Cowell - Nous essayons d'inclure dans cette question celle de la liberté de choisir parce que tous les membres de notre groupe sont unanimes pour déclarer que nous n'adopterons jamais une position qui nous forcerait à abandonner ce principe. Nous reconnaissons également le fait qu'un médecin en santé communautaire doit être bien renseigné s'il veut prendre une décision raisonnable et fondée, et je suis d'accord avec votre opinion que les médecins généralistes, qui ne sont pas spécialisés en hygiène professionnelle, doivent en savoir davantage sur les lieux de travail. Cependant, je crois qu'il est utopique de s'attendre à ce que tous les médecins en santé communautaire connaissent couramment tous les problèmes de santé sur les lieux de travail. Nous croyons cependant qu'il faudrait autoriser toutes les parties concernées à procurer à un médecin choisi par un employeur particulier l'information dont il aura besoin pour soigner les cas qu'on lui soumettra. On ne peut quand même pas exiger d'un médecin d'être au courant de tout ce qui vient d'être publié sur les effets des dégagements de vapeurs produites par la soudure par exemple, mais on peut toujours communiquer avec le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail ou consulter des spécialistes du domaine. Une de nos insatisfactions, et probablement la vôtre aussi, est que les médecins non spécialisés en hygiène professionnelle ne se rendent pas compte qu'ils devraient s'informer davantage sur la relation santé-travail.

Stu Sullivan - J'ai en mémoire le cas d'un médecin en santé communautaire qui avait recommandé à un travailleur de consulter un psychiatre. Après une année de traitements psychiatriques, quelqu'un a finalement songé à demander à ce travailleur: «Au fait, quel est votre emploi?» Cette personne travaillait avec du mercure. À ce stade, après une année de traitements infructueux, quelqu'un a fini par penser que peut-être la maladie du travailleur était reliée à l'exposition au mercure; ce n'est qu'à ce moment que les tests ont commencé. Le point que je veux souligner, ce n'est pas que ce médecin aurait dû être un expert en mercure, mais qu'il aurait dû être suffisamment au fait de la situation pour demander au travailleur à quelle substance il était exposé. Il aurait ainsi pu déterminer si sa maladie pouvait être une maladie professionnelle et recommander au travailleur de rencontrer un spécialiste.

John Cowell - Nous parlons le même langage parce que c'est exactement ce que je veux dire.

Réponses *suite*

Tony Hammer (spécialiste en hygiène professionnelle) - Rae, puis-je vous demander de préciser un point? Lorsque vous déclarez que tous les programmes de surveillance devraient être sur une base volontaire, cela comprend-il les gens dont l'état de santé peut présenter un risque pour les autres travailleurs?

Rae Erskine - Nous en avons discuté. Nos opinions divergeaient, parce qu'il existe déjà des lois qui rendent ces programmes obligatoires, notamment pour les pilotes, les conducteurs de camions et autres. Je crois que la philosophie fondamentale du mouvement syndical est unanime à ce sujet: ces programmes devraient être volontaires.

Cette question est très épineuse et elle recoupe celle des droits de la personne, mais jusqu'où peut-on aller? C'est pour cette raison que nous avons eu du mal à trouver la terminologie appropriée pour discuter des droits de la personne.

Jonas Kalnas - J'ai fait ressortir ce point dans notre groupe. Je voudrais simplement rappeler aux syndicats et au patrons que ce sont eux les contribuables et que s'ils n'approuvent pas certaines lois, qu'il s'agisse de programmes obligatoires ou volontaires, c'est à eux d'exiger des changements.

Louise Hall (mouvement syndical) - Je voudrais dissiper toute confusion possible au nom du groupe des représentants syndicaux. Nous avons clairement décidé que ces programmes devraient être volontaires mais devraient être rendus obligatoires si la santé du public était en jeu; il faut que ceci soit bien clair dans le procès-verbal. Nous n'avons eu aucune hésitation à ce sujet.

Frank Hubbard - Je voudrais faire un commentaire sur ce que Stu a déclaré un peu plus tôt. S'il y avait eu un programme de surveillance médicale obligatoire à l'endroit où la personne travaillait, elle n'aurait pas eu à souffrir pendant un an des suites d'une exposition au mercure. Ce matin, à Good Morning America ou US Today, on discutait du dépistage obligatoire des drogues illégales aux États-Unis; la Commission des droits de la personne était présente ainsi que des représentants du mouvement syndical. Durant le débat, un joueur de football professionnel qui avait eu des problèmes d'intoxication a déclaré: «Écoutez, vous pouvez en discuter tant que vous voudrez, mais j'ai eu un problème de santé, et la raison pour laquelle on a découvert ce problème était que le dépistage était une condition obligatoire d'embauche. Je suis très heureux qu'on se soit occupé de mon problème.» Encore un autre son de cloche.

Colin Lambert - Encore un commentaire à ce sujet; il s'agit d'un des problèmes dont nous avons discuté au cours de l'atelier ce

Réponses *suite*

matin. En réalité, le problème de l'exposition au mercure n'était pas dû au fait qu'il n'y avait pas de programme de surveillance médicale. Même si un programme semblable avait été en place, il y aurait quand même eu exposition. Le problème avec la surveillance médicale, c'est qu'on l'évoque souvent pour avoir l'air d'agir dans le sens de la prévention; souvent, on utilise la surveillance médicale pour justifier le fait que l'on ne prend aucune mesure pour éliminer les dangers à la source. Vous connaissez tous les risques associés au mercure et vous savez tous que le mercure existe. Vous n'avez pas besoin d'un programme de surveillance médicale pour savoir que la santé des gens peut en être affectée; ce qu'il faut, c'est un programme d'hygiène afin d'assurer que les gens n'auront pas à être exposés au mercure. Malheureusement, dans de nombreux cas, les programmes de surveillance médicale font échouer toute tentative d'appliquer la prévention. L'emploi abusif de ces programmes est un de nos principaux problèmes.

Bob Gray (gouvernement) - Je me trouve dans l'obligation de répondre à ce dernier commentaire parce qu'il fait allusion à une supposition incorrecte. On ne peut pas se baser sur l'hypothèse que les chercheurs concevront et produiront toujours des systèmes parfaits. Il y a quelques années, j'ai pris part à la conception et à la mise en place d'un système de traitement du mercure, à partir du raffinage du minerai. Ce système a été conçu et assemblé avec le meilleur équipement scientifique de l'époque, les meilleures techniques d'hygiène, mais nous devons quand même imposer la surveillance médicale obligatoire à tous les travailleurs. Les résultats ont prouvé qu'il n'y a pas eu un seul employé dont la santé ait été affectée au cours de la période complète d'opération de la mine et de la raffinerie. Sans surveillance médicale obligatoire, nous ne pourrions en être certains. La surveillance médicale est la seule façon de s'en assurer. Ceux qui se fient totalement aux dispositifs mécaniques sont des inconscients. Mais j'ai confiance qu'un jour, les gens cesseront d'être inconscients.

Rae Erskine - Il est bien que vous ayez eu cette expérience et nous sommes heureux que les travailleurs en aient bénéficié mais malheureusement, ce n'est pas la norme dans la société et dans le monde du travail d'aujourd'hui.

Compte rendu du patronat

Frank Hubbard - En considérant la situation devant laquelle le patronat s'est trouvé au cours de cet atelier, que ce soit prémédité ou inconscient, cela m'amène à penser que nous n'avons pas été représentés de façon adéquate.

Compte rendu du patronat *suite*

Voici les déclarations que nous avons à faire:

1. **Parties concernées.** La première question dont nous avons discuté était issue de la conférence. Il semble y avoir eu plusieurs parties concernées dans l'ensemble du débat, mais en ce qui nous concerne la principale partie est celle des employés, quelle que soit leur situation de travail; les syndicats ont un rôle à jouer lorsqu'ils représentent les employés. On a reconnu que dans l'ensemble du Canada, environ 20 pour cent de la main-d'oeuvre active est représentée par des syndicats. La deuxième partie concernée comprend les employeurs ou les entreprises du monde du travail. La troisième partie est la communauté scientifique, c'est-à-dire tous les spécialistes de la santé, les hygiénistes, les toxicologues et le corps professoral du pays. La quatrième comprend l'État, que ce soit au palier fédéral ou provincial. Malheureusement, toutes ces parties ne sont pas représentées ici.

2. **Responsabilités des employeurs.** L'employeur a la responsabilité *d'assurer que le milieu et les méthodes de travail sont conçus de façon à minimiser les risques de blessures ou d'exposition* à des agents qui peuvent menacer la santé des travailleurs. En tant qu'employeurs, nous avons la responsabilité de nous acquitter de cette tâche, qu'il y ait des lois ou non.

   C'est également notre responsabilité, *avec la collaboration des autres parties, d'établir des normes et des directives pour la surveillance du milieu de travail et la conception des procédés de travail*. Je crois qu'il est important de prévoir des tribunes qui permettraient à tous les intervenants de faire part de leurs diverses préoccupations. Dans les lieux de travail, ce mécanisme est déjà en place sous forme de comités paritaires d'hygiène et de sécurité au travail; ce mécanisme, tout à fait approprié, permet le dialogue permanent avec les représentants syndicaux et devrait être maintenu.

   Nous croyons que les employeurs ont également la responsabilité d'*éduquer les travailleurs sur tous les aspects de l'hygiène et la sécurité au travail*. Que la formation soit assurée par l'État, les systèmes d'éducation déjà en place, les spécialistes du domaine médical, les représentants des travailleurs, là ne devrait pas être la question. Le point important est qu'il faut assurer l'éducation des travailleurs.

   Il incombe aux employeurs, du sommet à la base de l'échelle hiérarchique, d'*énoncer clairement leurs objectifs, leur philosophie et le soutien* qu'ils sont prêts à accorder; toute entreprise qui reconnaît l'importance de l'hygiène et la sécurité au travail devrait se baser sur ses objectifs et sa

Compte rendu du patronat *suite*

philosophie pour élaborer des directives sur l'application des principes de salubrité et de sécurité sur les lieux de travail. Pour parvenir aux résultats souhaités, l'entreprise doit déclarer ses intentions.

L'employeur doit *garantir que l'objectif principal de la surveillance médicale est de protéger la santé des travailleurs dans l'exercice de leurs fonctions*. La surveillance médicale ne devrait pas remplacer des conditions de travail salubres et sûres ou la surveillance du milieu de travail. Nous croyons que les spécialistes de la médecine, comme ils l'ont eux-mêmes déclaré au cours de leur exposé, ne doivent pas intervenir dans les questions de gestion du personnel et devraient s'en tenir à la pratique de la médecine. Depuis toujours, les médecins au service des entreprises se sont trouvés mêlés au processus de prise de décision de la direction et c'est de là qu'est né le sentiment de méfiance à leur endroit. À mon avis, ce sont les entreprises qui ont eu tort de mettre les spécialistes de l'hygiène professionnelle dans cette position.

En tant qu'employeurs, nous avons l'obligation d'*assurer la sécurité d'emploi des travailleurs par la saine gestion de nos entreprises*. Nous sommes responsables de la dotation, des prestations d'assurance maladie, des régimes de retraite, de l'échelle des rémunérations. Nous ne devrions pas avoir à discuter de ces questions dans une réunion comme celle-ci. Non pas qu'elles soient sans importance, mais nous sommes d'accord avec les représentants syndicaux lorsqu'ils déclarent que les problèmes de l'hygiène et de la sécurité ne sont pas une question d'argent. Il faut plutôt discuter des facteurs énoncés antérieurement et selon moi, le problème de la sécurité d'emploi constitue un obstacle pour les spécialistes de la sécurité. Il s'agit là d'un problème à régler entre la direction et le syndicat des entreprises.

3. **Programme exhaustif et global d'hygiène et de sécurité.** Un programme exhaustif et global de santé et de sécurité au travail regroupant hygiène, sécurité, mesures d'ingénierie, ergonomie, éducation et divulgation des renseignements doit aussi comprendre l'évaluation biomédicale et l'examen physique. À notre avis, la divulgation des renseignements est l'élément clé qui permettra d'établir un climat de confiance. Nous sommes tous conscients de ces histoires navrantes qui ont eu lieu dans le passé, mais nous devrions plutôt nous inspirer des expériences positives pour concevoir nos modèles.

4. **Caractère confidentiel de l'information.** Nous appuyons le principe selon lequel les données médicales doivent être gardées confidentielles. Les employeurs n'exigent pas de

Compte rendu du patronat *suite*

connaître des renseignements médicaux qui sont ou devraient être confidentiels; cependant, nous demandons aux spécialistes de l'hygiène professionnelle de nous informer sur les états de santé qui rendent obligatoire la mutation des travailleurs à un emploi différent ou à un autre service.

5. **Accès des travailleurs aux dossiers.** Nous appuyons le principe d'autoriser les travailleurs à avoir accès à leurs dossiers médicaux, en autant qu'on leur en explique le contenu. Comme l'ont souligné les spécialistes de l'hygiène professionnelle à quelques reprises au cours de cet atelier, nous croyons en la nécessité d'interpréter les dossiers médicaux; cela peut faire plus de tort que de bien s'il n'y a pas un médecin ou une infirmière qui explique aux travailleurs certains commentaires de leur dossier.

6. **Droits des employeurs.** Cette question continuera d'animer les débats entre les syndicats et les employeurs. Nous croyons que nous avons la responsabilité d'assurer à tous les travailleurs la sécurité d'emploi future. En tant que représentants du patronat dans l'ensemble du monde du travail et en tant qu'employeurs, nous devons surveiller l'absentéisme, qu'il soit légitime ou injustifié. Cela fait partie de nos responsabilités et nous entendons continuer de la sorte. Les spécialistes du domaine médical ne devrait pas intervenir dans la gestion ou la direction des entreprises; leurs responsabilités se trouvent dans le domaine médical. Nous reconnaissons également qu'aux endroits où des syndicats sont présents, ces derniers ont le devoir de représenter les travailleurs de façon responsable.

7. **Tribunes de discussions.** Comme groupe d'employeurs, nous croyons que la question de l'hygiène et la sécurité au travail est un des principaux problèmes dans le monde du travail d'aujourd'hui. Nous croyons également que des tribunes comme celle-ci sont nécessaires pour faire le point sur ce qui nous préoccupe et sur les opinions des divers intervenants afin de pouvoir trouver un terrain d'entente. Nous nous sommes également demandé ce qu'il fallait faire à partir de maintenant. Pour nous, employeurs, il semblerait logique d'organiser des conférences sur des industries ou des entreprises spécifiques au cours desquelles nous pourrions faire le point. À mon avis, cela serait un bon départ mais pour nous orienter, il faudrait étudier le cas spécifique de chaque secteur industriel, que ce soit celui de l'automobile, des produits pétroliers et de la pétrochimie, de l'industrie minière ou même de la Fonction publique. De cette façon, nous pourrons connaître les réalités particulières à chacun de ces lieux de travail.

Compte rendu du patronat *suite*

Michel Bouchard (spécialiste en hygiène professionnelle) - J'ai trouvé cet atelier tout à fait intéressant. Je crois qu'un grand nombre des questions étudiées ici au cours des trois derniers jours ont également été abordées au cours du dernier congrès du BIT. Je pourrais envoyer un exemplaire du compte rendu provisoire et des recommandations de ce congrès au CCHST afin que ce dernier en fasse parvenir des exemplaires aux participants. Je crois qu'il pourrait être intéressant de comparer nos recommandations aux suggestions de portée internationale.

John Cowell - Je voudrais insister sur un point de vue particulier des spécialistes de l'hygiène professionnelle. Nous sommes fermement convaincus que les employeurs et les syndicats (ou tout autre représentant des travailleurs) devraient s'occuper réellement des questions de sécurité d'emploi, d'avantages sociaux et pensions. Ils devraient expliquer plus clairement de quelle façon ces questions interviennent dans les décisions et les recommandations des spécialistes de l'hygiène professionnelle.

Dilys Robertson (gouvernement) - Durant ces quelques jours, nous avons abondamment discuté de la nécessité de rendre la surveillance médicale obligatoire. Je me demande si les employeurs en ont discuté et s'ils ont pris position à ce sujet.

Frank Hubbard - Nous en avons parlé brièvement au cours des différents ateliers et nous avons conclu que la surveillance médicale devrait être volontaire, sauf dans le cas où un état de santé particulier pourrait nuire à la sécurité du public ou des autres travailleurs.

Rae Erskine - Je voudrais simplement faire un commentaire sur l'absentéisme. Au cours des dernières années, on a démontré que certains facteurs comme le stress peuvent occasionner l'absentéisme au travail. À mon avis, cela relève de la compétence des médecins. Il faudrait en tenir compte, d'une façon ou d'une autre.

John Cowell - Voilà une des tâches les plus épineuses pour les spécialistes de l'hygiène professionnelle. Pour être tout à fait franc, je crois que les spécialistes de l'hygiène professionnelle ont un rôle à jouer dans ce processus, mais de façon très spécifique. Si la direction d'une entreprise considère que l'absence d'un employé cause un problème de rendement, et s'il ressort d'une rencontre entre l'employeur et l'employé que l'absence pourrait être motivée par un mauvais état de santé, on pourrait alors demander à un spécialiste de l'hygiène professionnelle de donner son opinion sur les conséquences véritables de cette maladie. Cette opinion peut être mise en doute ou ne pas faire l'affaire de l'une ou l'autre des parties mais au moins, il s'agit du point de vue d'une tierce partie indépendante que l'on a consultée dans les bonnes circonstances.

L'atelier a pris fin à midi, le 21 mars 1986.